

Université de Montréal

**ANALYSE DES NOUVELLES FORMES  
ORGANISATIONELLES HOSPITALIÈRES EN  
ÉMERGENCE AU MALI**

par

Moussa Sanogo

École de Santé Publique

Programme de Ph. D Santé Publique

Faculté de Médecine, Université de Montréal

Thèse présentée à la Faculté des Études Supérieures et Postdoctorales

de l'Université de Montréal

en vue de l'obtention du grade de Philosophiae Doctor (Ph. D)

en Santé Publique

Option de Gestion des Services de Santé

Septembre, 2012

© Moussa Sanogo, 2012

Université de Montréal  
Faculté des études supérieures et postdoctorales

Cette thèse intitulée:

**ANALYSE DES NOUVELLES FORMES ORGANISATIONELLES  
HOSPITALIÈRES EN ÉMERGENCE AU MALI**

Présenté par :

Moussa Sanogo

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Régis Blais, Président-rapporteur

Claude Sicotte, Directeur de recherche

Marie Pascale Pomey, Membre du jury

Robert Geneau, Examineur externe

Bernard Sinclair Desgagné, Représentant du doyen de la FES

## Résumé

Au Mali, une loi hospitalière a été adoptée en 2002 pour définir le cadre institutionnel d'une réforme majeure. Cette loi a décrété des transformations substantielles de la structure interne, tant administrative que clinique des établissements publics hospitaliers notamment l'implication des populations locales dans la prise de décision de l'établissement, l'autonomie administrative et financière à travers la délégation budgétaire et l'implication des professionnels de santé à la gestion, l'intégration des services de spécialité et la participation du secteur privé au service public hospitalier. Cependant, la capacité des hôpitaux à réussir les transformations prévues a été remise en question par la majorité des acteurs internes et externes. L'objectif de cette thèse a été d'étudier de quelle manière l'hôpital malien se transforme sous la pression de la décentralisation des pouvoirs de l'État et d'étudier comment les groupes d'acteurs réagissent face à ces changements à partir de deux cadres d'analyse. Le premier cadre intègre les caractéristiques essentielles des transformations hospitalières en termes de différents types de décentralisation et le second cadre inspiré des travaux de Crozier et coll. (1977) analyse les jeux de pouvoir entre les groupes d'acteurs hospitaliers selon deux niveaux à savoir un niveau stratégique et systémique. Pour cela, nous avons conduit une étude multiple de deux cas et utilisé trois modes de collecte des données à savoir les entretiens semi-structurés auprès des informateurs clés, l'analyse documentaire, et l'observation lors de réunions.

Dans un premier temps, les analyses ont révélé pour les changements intervenus dans la structure, selon l'importance des responsabilités attribuées à l'hôpital public, (1) plusieurs variantes de la décentralisation. Globalement, *l'intention politique* était focalisée sur une délégation puis une déconcentration et une dévolution; *les mécanismes* mis en place ont penché plus vers une déconcentration puis une délégation et une dévolution tandis que les *transformations* réellement effectuées dans les établissements publics hospitaliers ont plutôt confirmé une déconcentration en plus d'une délégation particulièrement dans le cas de l'implication des populations locales dans la gestion hospitalière. Tandis que l'hôpital public pouvait faire des recettes à partir du recouvrement partiel des coûts des soins auprès des usagers, l'État gardait une main forte sur la gestion financière et la gestion du personnel, et définissait les directives et les objectifs à poursuivre. (2) Les analyses apportent une compréhension des liens existant entre les différents éléments du processus de réforme, le type de *mécanisme* mis en place dans le cadre de la réforme semble déterminer le type de transformation effectué selon les fonctions que peut assurer l'hôpital public. La logique traduit *le passage de la délégation vers une déconcentration* qui est jugée comme étant la forme la moins poussée d'une décentralisation.

Dans un deuxième temps, les résultats confirment la présence de conflit entre les normes professionnelles établies et reconnues par les professionnels de santé et les normes

organisationnelles et institutionnelles mises en avant par la réforme. Elles sont défendues par la majorité des gestionnaires qui sont imputables face aux autorités alors que les normes professionnelles dominent dans les services cliniques. Les deux cas ont mis en évidence le soutien de leur direction générale, il existait une tension dans les réactions des médecins, qui a été variable selon le type de changement structurel visé, tandis que les infirmiers se sont montrés plutôt accessibles face aux nouvelles mesures introduites par la réforme.

L'une des originalités de cette thèse tient au fait que très peu de travaux sur les pays en développement ont tenté d'opérationnaliser de façon multidimensionnelle les concepts de décentralisation avant d'analyser les variantes susceptibles d'exister entre eux et les stratégies développées par les groupes d'acteurs de l'hôpital. En outre, alors que la pertinence de la prise en compte des caractéristiques du contexte organisationnel dans la mise en place des réformes des systèmes de soins est au cœur des préoccupations, ce travail est l'un des premiers à analyser l'influence de l'interaction entre le processus de réforme hospitalière et les prises de position des acteurs. Les résultats de cette thèse fournissent des recommandations aux décideurs politiques et aux gestionnaires quant aux modes de changement structurel à privilégier ou en éviter dans la planification, l'exécution et la mise en œuvre du processus de réforme hospitalière en fonction des caractéristiques du contexte organisationnel sanitaire.

La planification de la réforme est essentielle : Élaborer un projet d'établissement discuté et validé par l'ensemble des acteurs de l'hôpital. Ce projet doit être compatible avec les objectifs du schéma d'organisation sanitaire nationale et déterminer les moyens en personnel et en équipements, dont l'hôpital doit disposer pour réaliser ses objectifs. Concevoir un cadre budgétaire et financier hospitalier flexible (qui va alléger la chaîne de prise de décision), sur lequel reposera le nouveau système de gestion des hôpitaux. La capacité de mobilisation et d'exécution des ressources hospitalières devrait renforcer l'autonomie de gestion. Enfin, promouvoir une culture de l'évaluation et faciliter les évaluations périodiques de la mise en œuvre de la réforme hospitalière par des organismes d'évaluation externes et indépendants.

**Mots clés** : Décentralisation; structure hospitalière; intégration clinique, administrative; collaboration interprofessionnelle; mécanisme de gestion; établissement hospitalier; rôle des acteurs; loi hospitalière.

## Abstract

In Mali, a hospital law was passed in 2002 to define the institutional framework of a major reform. This law decreed substantial transformation of the internal structure, both administrative and clinical public hospitals including the involvement of local people in decision making of the establishment, administrative and financial autonomy through the delegation and the budget involvement of health professionals in the management, integration services and specialty private sector participation in the public hospital. However, the ability of hospitals to achieve the planned changes has been questioned by the majority of internal and external stakeholders. The objective of this thesis was to study how the hospital in Mali have been transformed turns under the pressure of the decentralization of state powers and to study how groups of actors are responding to these changes from two analytical frameworks. The first part incorporates the essential characteristics of hospital transformations in terms of different types of decentralization and the second part inspired by the work of Crozier and al. (1977) analysis the power games between groups of actors hospital at two levels namely strategic and systemic levels. For this, we conducted a study of two cases multiple studies we used three modes of data collection ie semi-structured interviews with key informants, document analysis, and observation during meetings.

Initially, the analyzes revealed for the changes in the structure, depending on the size of the assigned responsibilities to the public hospital, (1) several variants of decentralization. Overall, the intent was focused on a political delegation and deconcentration and devolution, the mechanisms put in place have swung more towards devolution and delegation and devolution while the transformations actually worked in public hospitals have tended to confirm a deconcentration and more particularly of a delegation in the case of the involvement of local people in hospital management. While the public hospital could make revenue from the partial recovery of costs of care among users, the state kept a strong hand on financial management and personnel management, and defined guidelines and objectives to be pursued. (2) They provide an understanding of the linkages between different elements of the reform process, the type of mechanism put in place as part of the reform seems to determine the type of processing performed according to the functions that can ensure the public hospital. The logic reflects a shift from the delegation to a devolution which is judged as the least advanced form of decentralization.

In a second step, the results confirm the presence of conflict between professional standards and recognized by health professionals and institutional and organizational standards put forward by the reform. They are defended by the majority of managers who are facing due

to the authorities while the professional standards prevailing in clinical services. Both cases have highlighted the support of their general direction, there was a tension in the reactions of doctors, which was variable depending on the type of structural change aimed at, while nurses were rather accessible face of new measures introduced by the reform.

A unique feature of this thesis is that very little work on developing countries have attempted to operationalize a multidimensional concepts of decentralization before analyzing the variations that may exist between them and the strategies developed by stakeholder groups of the hospital. Furthermore, while the relevance of taking into account the characteristics of organizational context in the implementation of reforms is at the heart of care concerns, this work is one of the first to analyze the influence of the interaction between the process of hospital reform and the positions of the actors. The results of this thesis provide recommendations to policy makers and managers on the modes of structural change to favor or avoid in planning, execution and implementation of hospital reform process based on the characteristics of organizational context health. Planning reform is essential: Develop a school plan discussed and validated by all stakeholders of the hospital. This project must be compatible with the objectives of a national health organization and determine how personnel and equipment, which the hospital must have to achieve its objectives. Designing a fiscal and financial flexibility hospital (which will reduce the chain of decision making), upon which a new system of hospital management. Capacity for mobilization and execution of hospital resources should empower management. Finally, promoting a culture of evaluation and facilitate periodic evaluations of the implementation of hospital reform by agencies external and independent evaluation.

**Keywords:** Decentralization; hospital structure; integrating clinical, administrative; interprofessional collaboration management mechanism; hospital; role players; hospital law.

## Table des matières

Résumé-----	i
Abstract -----	iii
Liste des sigles et des abréviations -----	xi
Remerciements-----	xiv
Chapitre 1 Contexte et problème de recherche -----	1
Chapitre 2 État des connaissances et Cadre d’analyse -----	5
2.1 La décentralisation étatique-----	6
2.1.1 La déconcentration-----	6
2.1.2 La délégation -----	8
2.1.3 La dévolution-----	8
2.1.4 La privatisation-----	10
2.2. Les transformations des établissements de santé des pays en développement sous la pression de la décentralisation -----	11
2.2.1 Les caractéristiques essentielles des hôpitaux-----	12
2.2.2. Les changements structurels dans les hôpitaux -----	12
2.2.2.1 Logique du transfert des pouvoirs et des compétences de l’État vers les hôpitaux -	13
2.2.2.2 Établissement de nouvelles structures de gestion dans les établissements de santé-	23
2.2.3 Les relations de pouvoir entre les groupes d’acteurs dans le cadre de la transformation de l’hôpital-----	36
2.2.3.1 Les positions des acteurs et les tensions dans la transformation hospitalière -----	36
2.2.3.2 Les jeux de pouvoir dans le cadre de la réforme hospitalière-----	38
2.3 Cadre d’analyse -----	40
2.3.1 Cadre d’analyse de la logique de transformation structurelle hospitalière -----	42

2.3.2 Cadre d'analyse stratégique -----	50
<u>Chapitre 3 Devis et méthodes de recherche -----</u>	<u>54</u>
3.1 Devis de recherche -----	54
3.2 Cadre de l'étude -----	54
3.3. Le choix des cas étudiés -----	57
3.4 La population et échantillon à l'étude -----	58
3.5 Instruments de recueil et de collecte des données -----	59
3.6 Les variables à l'étude -----	61
3.7 L'analyse des données -----	63
3.8 La validité de l'étude -----	65
3.9 La dimension de l'éthique -----	66
<u>Chapitre 4 Les résultats des cas à l'étude -----</u>	<u>67</u>
4.1 Cas de la logique de la réforme hospitalière au sein des deux hôpitaux universitaires -	67
4.1.1 Cas de la logique de la réforme hospitalière mise en œuvre dans l'hôpital X -----	67
4.1.1.1 Autonomie administrative et financière dans l'hôpital X -----	68
4.1.1.2 Implication des populations locales à la gestion de l'hôpital X -----	83
4.1.1.3 Intégration des services de spécialité dans l'hôpital X -----	93
4.1.2. Cas de la logique de la réforme hospitalière mise en œuvre dans l'hôpital Y -----	101
4.1.2.1 Autonomie administrative et financière de l'établissement hospitalier Y -----	101
4.1.2.2 Implication des populations locales à la gestion de l'hôpital Y -----	111
4.1.2.3 Intégration des services de spécialité dans l'hôpital Y -----	119
4.2 Les réactions des groupes d'acteurs aux changements structurels au sein de l'hôpital X et de l'hôpital Y -----	125
4.2.1 Cas de la réaction des groupes d'acteurs aux changements structurels au sein de l'hôpital X -----	126
4.2.1.1 Les changements des rôles des acteurs dans la définition des orientations stratégiques de l'établissement -----	126



4.2.1.2 Le développement de nouveaux mécanismes de gestion des services médicaux--	141
4.2.1.3 La révision des modes de collaboration interprofessionnelle -----	150
4.2.2 Cas de la réaction des groupes d'acteurs aux changements structurels au sein de l'hôpital Y -----	159
4.2.2.1 Les changements des rôles des acteurs dans la définition des orientations stratégiques de l'établissement Y -----	159
4.2.2.2 Le développement de nouveaux mécanismes de gestion des services médicaux dans l'établissement Y -----	168
4.2.2.3 La révision des modes de collaboration interprofessionnelle dans l'établissement Y -----	181
<u>Chapitre 5 Analyse transversale -----</u>	<u>191</u>
5.1. Analyse de la logique de la réforme hospitalière dans les établissements hospitaliers X et Y -----	191
5.1.1 La logique de l'autonomie administrative et financière-----	191
5.1.2 La logique de l'implication des populations locales à la gestion hospitalière -----	192
5.1.3 La logique de l'intégration des services de spécialité-----	193
5.2 Les réactions des groupes d'acteurs face aux changements structurels de la réforme hospitalière au sein de l'hôpital X et de l'hôpital Y -----	197
5.2.1 Les réactions des acteurs de l'hôpital face aux changements dans leurs rôles dans l'orientation stratégique de l'établissement -----	197
5.2.1.1 Réaction des acteurs face aux changements de leurs rôles selon un niveau d'analyse stratégique -----	197
5.2.1.2 Les projets stratégiques et réaction des acteurs à la modification de leurs rôles dans l'orientation stratégique de l'établissement hospitalier -----	200
5.2.2 Les réactions des acteurs de l'hôpital face à la révision des mécanismes de gestion des services médicaux -----	203
5.2.2.1 Réaction des acteurs face à la révision des mécanismes de gestion des services médicaux selon un niveau d'analyse stratégique -----	203
5.2.2.2 Les projets stratégiques et réaction des acteurs à la révision des mécanismes de gestion des services médicaux -----	206
5.2.3 Les réactions des acteurs de l'hôpital face à la révision des modes de collaboration interprofessionnelle-----	208

5.2.3.1 Réaction des acteurs face à la révision des modes de collaboration interprofessionnelle selon un niveau d'analyse stratégique -----	209
5.2.3.2 Les projets stratégiques et réaction des acteurs à la révision des modalités de la collaboration interprofessionnelle -----	211
<u>Chapitre 6 Discussion -----</u>	<u>223</u>
6.1 Synthèse des résultats-----	223
6.2 Les défis de la réforme hospitalière de 2002 : Une alternative de sortie des hôpitaux de l'impasse-----	226
6.2.1 Effets recherchés/ intentions politiques -----	227
6.2.2 Transformations effectuées / Mise en œuvre-----	232
6.3 Les enjeux au regard de la transformation des mécanismes de gestion des services médicaux-----	243
6.4 La collaboration interprofessionnelle et les jeux de pouvoir des acteurs -----	244
6.5 Limites de l'étude -----	247
6.6 Apports pratiques et aide à la prise de décision -----	248
6.7 Apports théoriques -----	255
<u>Chapitre 7 Conclusion -----</u>	<u>257</u>
<u>Bibliographie-----</u>	<u>261</u>
<u>Annexes-----</u>	<u>xv</u>
Annexe I Guide d'entrevue semi structuré -----	xvi
Annexe II Grille d'observation de réunion -----	xviii
Annexe III Grille d'analyse documentaire -----	xix
Annexe IV Certificat d'approbation éthique de l'Université de Montréal -----	xx
Annexe V Autorisations du Ministère de la santé -----	xxi
Annexe VI Lettre d'information au recrutement -----	xxvi
Annexe VII Formulaire de consentement -----	xxvii

## Liste des tableaux

<i>Tableau 1 : Cadre synthétique d'analyse de la logique des transformations structurelles hospitalières</i> -----	45
<i>Tableau 2 : Cadre d'analyse synthétique des relations de pouvoir</i> -----	52
<i>Tableau 3 : Cadre synthétique d'analyse de la logique de l'autonomie administrative et financière dans l'hôpital X</i> -----	81
<i>Tableau 4: Cadre synthétique d'analyse de la logique de l'implication des populations locales à la gestion de l'hôpital X</i> -----	90
<i>Tableau 5: Cadre synthétique d'analyse de la logique de l'intégration et de la gestion des services de spécialité dans l'hôpital X</i> -----	98
<i>Tableau 6 : Cadre synthétique d'analyse de la logique de l'autonomie administrative et financière dans l'hôpital Y</i> -----	108
<i>Tableau 7 : Cadre synthétique d'analyse de la logique de l'implication des populations locales à la gestion de l'hôpital Y</i> -----	116
<i>Tableau 8 : Cadre synthétique d'analyse de la logique de l'intégration des services de spécialité dans l'hôpital Y</i> -----	123
<i>Tableau 9 : Analyse stratégique du changement des rôles des acteurs dans la définition des orientations stratégiques de l'hôpital X</i> -----	138
<i>Tableau 10 : Analyse systémique du changement des rôles des acteurs dans la définition des orientations stratégiques de l'hôpital X</i> -----	140
<i>Tableau 11 : Analyse stratégique du développement de nouveaux mécanismes de gestion des services médicaux dans l'hôpital X</i> -----	147
<i>Tableau 11 : Analyse stratégique du développement de nouveaux mécanismes de gestion des services médicaux dans l'hôpital X (suite)</i> -----	148
<i>Tableau 12 : Analyse systémique du développement de nouveaux mécanismes de gestion des services médicaux dans l'hôpital X</i> -----	149
<i>Tableau 13 : Analyse stratégique de la révision des modes de collaboration interprofessionnelle dans l'hôpital X</i> -----	156
<i>Tableau 14 : Analyse systémique de la révision des modes de collaboration interprofessionnelle dans l'hôpital X</i> -----	158
<i>Tableau 15 : Analyse stratégique du changement des rôles des acteurs dans la définition des orientations stratégiques dans l'hôpital Y</i> -----	165

<i>Tableau 16 : Analyse systémique du changement des rôles des acteurs dans la définition des orientations stratégiques de dans l'hôpital Y</i> -----	167
<i>Tableau 17 : Analyse stratégique du développement de nouveaux mécanismes de gestion des services médicaux dans l'hôpital Y</i> -----	176
<i>Tableau 17 : Analyse stratégique du développement de nouveaux mécanismes de gestion des services médicaux dans l'hôpital Y (suite)</i> -----	178
<i>Tableau 18 : Analyse systémique du développement de nouveaux mécanismes de gestion des services médicaux dans l'hôpital Y</i> -----	179
<i>Tableau 19 : Analyse stratégique de la révision des modes de collaboration interprofessionnelle dans l'hôpital Y</i> -----	187
<i>Tableau 19 : Analyse stratégique de la révision des modes de collaboration interprofessionnelle dans l'hôpital Y (suite)</i> -----	188
<i>Tableau 20 : Analyse systémique de la révision des modes de collaboration interprofessionnelle dans l'hôpital Y</i> -----	189
<i>Tableau 21 : Analyse transversale de la logique de la réforme hospitalière dans les établissements hospitaliers X et Y</i> -----	195
<i>Tableau 22 : Analyse transversale des réactions des acteurs face aux changements structurels de la réforme selon un niveau d'analyse stratégique au sein des hôpitaux X et Y</i> -----	214
<i>Tableau 23 : Analyse transversale des réactions des acteurs face aux changements structurels de la réforme selon un niveau d'analyse systémique au sein des hôpitaux X et Y</i> -----	219
<i>Tableau 23 : Analyse transversale des réactions des acteurs face aux changements structurels de la réforme selon un niveau d'analyse systémique au sein des hôpitaux X et Y (suite)</i> -----	221

## Liste des sigles et des abréviations

<b>ANEH</b>	Agence Nationale d'Évaluation des Hôpitaux
<b>CA</b>	Conseil d'administration
<b>CADD</b>	Cellule d'Appui à la Décentralisation et à la Déconcentration
<b>CFA</b>	Communauté Financière Africaine
<b>Chap</b>	Chapitre
<b>ChefCompta</b>	Chef Comptable
<b>CME</b>	Commission Médicale d'Établissement
<b>CNS</b>	Comptes Nationaux de la Santé
<b>CREF</b>	Centre de Santé de Référence
<b>CSCOM</b>	Centre de Santé Communautaire
<b>CSIO</b>	Commission des Soins Infirmiers et Obstétricaux
<b>CT</b>	Conseiller Technique
<b>Da</b>	Directeur Administratif
<b>DASUM</b>	Département d'administration de la santé de l'université de Montréal
<b>Dg</b>	Directeur général
<b>Dga</b>	Directeur général adjoint
<b>Dr</b>	Docteur
<b>DS</b>	Directeur de Soins
<b>EDSM</b>	Enquête Démographique et de Santé du Mali
<b>EPA</b>	Établissement Public à Caractère Administratif
<b>EPH</b>	Établissement Public Hospitalier
<b>EPIC</b>	Établissement Public à Caractère Industriel et Commercial
<b>EPS</b>	Établissement Public de Santé
<b>Ex</b>	Exemple
<b>GDT</b>	Grand Dictionnaire Terminologique
<b>Hop</b>	Hôpital
<b>Inf</b>	Infirmier

<b>IRSPUM</b>	Institut de recherche en santé publique de l'université de Montréal
<b>IS</b>	Inspection de la Santé
<b>MARH</b>	Mission d'Appui à la Réforme Hospitalière
<b>Med</b>	Médecin
<b>MemCAHop</b>	Membre du conseil d'administration de l'hôpital
<b>MRTC</b>	Centre de recherche sur le paludisme
<b>MSP-AS</b>	Ministère de la Santé Publique, des Personnes Âgées et de la Solidarité
<b>PDSS</b>	Plan décennal de développement socio-sanitaire
<b>PE</b>	Projet d'établissement
<b>Pr</b>	Professeur
<b>PRODESS</b>	Programme de développement sanitaire et social
<b>PresComHu</b>	Président de la commission hospitalo-universitaire
<b>RAneh</b>	Réunion ANEH
<b>RDir</b>	Réunion de direction
<b>RespSyndic</b>	Responsable Syndical
<b>Reshaoc</b>	Réseaux des Hôpitaux d'Afrique, de l'océan indien et des caraïbes
<b>RGPH</b>	Recensement Générale de la Population et de l'Habitat
<b>RMinist</b>	Réunion Ministère
<b>RR</b>	Rapport de réunion
<b>RSyndic</b>	Réunion Syndicale
<b>RepBanq</b>	Représentant de la Banque Mondiale
<b>RProf</b>	Réunion professionnelle
<b>SAU</b>	Service d'Aide d'Urgence
<b>Sg</b>	Surveillant général
<b>SYSCOA</b>	Système Comptable Ouest Africain
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>USAID</b>	Agence des États Unis pour le Développement International

*À Nampaga*

*À Wa*

*À Tata*

## Remerciements

Tout d'abord, permettez-moi d'exprimer mes sincères remerciements à mon directeur de thèse, Claude Sicotte pour son implication à ce projet de recherche. Cette thèse est le résultat de votre direction, de votre assistance continue, et de votre compréhension tout au long de cette expérience d'apprentissage. Cela a été très enrichissant et encourageant pour mener ce projet de thèse à terme.

Mes remerciements s'adressent au Ministère de la santé du Mali, à ses services rattachés et organismes personnalisés, au personnel des deux hôpitaux sous étude, au bureau de la Banque Mondiale à Bamako, à la faculté de médecine, de pharmacie et d'odonto-stomatologie du Mali, à la faculté des études supérieures de l'université de Montréal et à mon directeur de recherche qui m'a soutenu financièrement pour cette étude.

Je remercie toute l'équipe et plusieurs collègues de l'IRSPUM, du DASUM, du programme de santé publique particulièrement Eric Tchouaket, Sia Drissa, Biessé D. Soura, Éric Momo, Sabina Abou Malham, Lara Maillet, Catherine Safiany, Diadié Maiga, Alpha Mahmoud Barry pour leur intérêt et leur contribution pendant la réalisation de ce projet.

A ma mère (Haoua) et à ma sœur Aissata (Tata) pour chaque présence et pour leur soutien continu, je ne pourrai pas suffisamment dire « merci Maman » pour le réconfort que cela m'a apporté. À mes frères et sœurs, et ma famille, merci pour leur écoute et leur soutien moral.

À mes cousines Massitant Koné, Hawaly, à mes amis Moussa Koné et Neissa, Sambou, Younouse, Ablo et Fatouma, René, la famille Greenwald, la famille Konaré, la famille Keita. Je vous remercie pour votre aide dans ce projet à des moments déterminants, je vous suis infiniment reconnaissant pour tout.



## **Chapitre 1 Contexte et problème de recherche**

L'analyse des politiques de santé de la plupart des pays africains montre qu'au lendemain de leurs indépendances, les pouvoirs publics de ces pays se sont accommodés des systèmes de soins hérités de l'ère coloniale (Condé 1998; Balique 2002). Toutefois, malgré l'importance de l'assistance technique, la volonté des États et les efforts financiers consentis, les systèmes hospitaliers africains demeurent généralement encore aujourd'hui peu performants, inadaptés, et mal gérés. Soulignons par exemple le mauvais accueil des patients, la non prise en charge des urgences, la pénurie de médicaments et le manque d'hygiène (Deforges 1998; Balique 2004). Un tel contexte commande des réformes importantes mais, en même temps, rend très difficile leur réussite.

Afin de pallier aux déficiences de leur système hospitalier, plusieurs pays d'Afrique au sud du Sahara ont tenté, dès la fin des années 1980, d'appliquer une logique de décentralisation des pouvoirs étatiques afin d'attribuer une autonomie accrue aux établissements hospitaliers qui étaient sous le contrôle complet du Ministère de la santé (Deforges 1998; Bah, Daff et al. 2004). A cette époque, de tels objectifs de réforme du secteur de la santé étaient promus par des agences internationales. La Banque Mondiale était particulièrement active en ce domaine en inscrivant la décentralisation comme condition explicite dans le cadre des mesures d'ajustement structurel nécessaire à l'obtention de prêts. Plusieurs groupes d'acteurs puissants ont contesté ces politiques qu'elles jugeaient contraires à leurs intérêts.

Dans ce contexte, il est difficile d'établir clairement la portée de ces réformes hospitalières (McPake 1996; Bah, Daff et al. 2004; Touré 2004). Mais, globalement, les réformes visaient l'amélioration du service public de santé grâce à une décentralisation des pouvoirs de décision et de financement à travers différents mécanismes tel que la sous-traitance des services auxiliaires, le rôle accru du secteur privé, le développement de systèmes

d'information, l'optimisation de la gestion budgétaire, une plus grande participation des populations dans la gestion des services de santé et la réaffectation des budgets publics.

Au Mali, la loi hospitalière de 2002 a fortement redéfini le cadre juridique et la mission des deux plus grands établissements hospitaliers du pays. Des mécanismes d'administration et de gestion autonomes ont été établis par le Ministère de la santé avec l'adhésion des directeurs des établissements publics hospitaliers. Ces transformations visaient à constituer des espaces de liberté de manière à démocratiser les services de santé et permettre une participation plurielle à la prise de décision (Touré 2004; Bah, Daff et al. 2004).

De nouveaux outils de gestion ont été rendus disponibles notamment les outils de gestion harmonisés, la carte nationale hospitalière, le manuel de procédure de gestion financière et comptable, les textes régissant l'organisation et le fonctionnement des établissements publics hospitaliers. Ces outils visaient à permettre une dynamisation des activités médico-techniques et une réorganisation des établissements en favorisant l'autonomie administrative et financière de gestion suivant une volonté de décentralisation du Ministre de la santé.

Ainsi, le rôle traditionnel de l'établissement public hospitalier malien ainsi que ses mécanismes et modes de gestion habituels devaient connaître des mutations rapides et profondes. Toutefois, l'émergence de cette nouvelle conception organisationnelle a rapidement donné lieu à des pressions contradictoires d'ordre financier, institutionnel et social, clinique et professionnel. La capacité d'action de l'hôpital a été rapidement menacée par l'existence d'un ensemble de flux d'influence. Ces flux sont issus d'un alignement difficile entre les intérêts des employés (médecins et infirmiers) et les buts organisationnels et de la difficulté à légitimer les tentatives des gestionnaires d'améliorer l'efficacité interne. La tension entre la gestion et la clinique ne sont pas sans entraîner des effets importants sur la production et la qualité des soins (Aneh 2006-2007; Cps 2006).

Habituellement deux dispositifs caractérisent l'hôpital, la structure fonctionnelle où les professionnels de santé dominent le processus décisionnel particulièrement les médecins et les différents mécanismes d'organisation principalement par affectation des ressources et la gouvernance des comportements (Lega and Depietro 2005; Mintzberg 1997).

Plusieurs études, menées dans les pays en développement, ont révélé une résistance au changement qui semble particulièrement manifeste chez les personnels médical et infirmier qui craignent que les réformes prônant une privatisation et une rationalisation de l'offre de soins menacent la stabilité de leurs emplois (Bah, Daff et al. 2004; McPake 1996; Touré 2004). En réaction, ils tendent à exiger une reconnaissance formelle de leur rôle pour renforcer leur responsabilité le long de la ligne de soins. Ces revendications soulignent combien ces transformations peuvent agir sur les capacités d'action des acteurs tout en exposant leur vulnérabilité et leurs rapports face aux contraintes de l'action collective.

La conception même de la structure et du fonctionnement des établissements hospitaliers sont fondamentalement remises en question. Les hôpitaux sont des organisations complexes où cohabitent plusieurs structures d'autorité, et où existe une lutte pour la définition des objectifs, ceux qui devraient être priorisés créant des situations avec plusieurs points de vue et acteurs se confrontant.

Ces transformations majeures ont eu pour effet de déstabiliser les principaux interlocuteurs avec lesquels les établissements hospitaliers négociaient leur orientation stratégique à savoir la tutelle du Ministère de la santé qui apporte la plupart du budget de fonctionnement et des immobilisations, les collectivités locales qui sous l'impulsion de la réforme, devaient assurer la gouverne, l'université à travers la faculté de médecine qui participe à l'organisation de la biappartenance (enchaînement entre la faculté de médecine et l'hôpital pour le personnel hospitalier qui cumule l'enseignement et la pratique au sein de l'hôpital), et à l'interne les gestionnaires et les professionnels de santé médecins et infirmiers.

Les mécanismes de gestion des services cliniques et surtout médicaux sont beaucoup plus fluides, avec des finalités et des moyens incertains que Cohen and March (1986) qualifient d'anarchies organisées. Il s'agit en fait d'un construit social qui existe et se transforme en s'appuyant d'une part sur des mécanismes de jeux permettant d'intégrer les stratégies des acteurs et d'autre part en assurant à ceux-ci leur autonomie d'agents libres et coopératifs.

Peu d'études se sont attardées à tenter de mieux comprendre la nature des changements complexes du milieu hospitalier dans les pays en voie de développement. Cette recherche vise à combler cette lacune en analysant la transformation de l'hôpital dans les pays en voie de développement et tout particulièrement le cas du Mali.

Ce travail de recherche sur la logique des transformations hospitalières, ses enjeux et les stratégies mobilisés par les groupes d'acteurs sont essentiels pour proposer des méthodes de gestion plus objectives et plus conformes à la réalité nouvelle qui caractérise l'environnement hospitalier.

Deux questions de recherche principales découlent de nos objectifs:

a) Quelle était la logique réelle de transformation de l'hôpital public appliquée lors de la réforme de décentralisation étatique mise en œuvre en 2002 au Mali; et conséquemment, quels étaient les écarts entre les effets recherchés de la réforme prévue et les transformations réelles de la réforme réalisée?

b) Quels étaient les prises de position et les stratégies d'action des principaux groupes d'acteurs face à l'émergence d'une nouvelle forme organisationnelle de l'hôpital au Mali?

## **Chapitre 2 État des connaissances et Cadre d'analyse**

Face aux particularismes des réformes de l'hôpital dans les pays en développement et des enjeux spécifiques qu'elles soulèvent chez les principaux groupes d'acteurs, nous avons passé en revue la littérature en Afrique et dans les pays en développement pour tenter de circonscrire la logique de ces transformations structurelles et les stratégies mises en œuvre par les groupes d'acteurs impliqués. La transformation structurelle de l'hôpital est considérée ici comme la conséquence des réformes administratives et politiques découlant du processus de décentralisation étatique. Dans son sens le plus général, la décentralisation est conçue ici comme un transfert des pouvoirs de l'État vers des établissements de santé, un transfert qui peut prendre plusieurs formes que nous allons décrire dans la suite du texte.

Dans une première section, nous définissons le concept de décentralisation. Puis, nous décrivons les traits caractéristiques des principales réformes administratives et politiques selon différents types de décentralisation dans le contexte des pays en développement.

La deuxième section est fondée sur les théories du management. Elle est réservée à la présentation des principaux changements structureaux dans les hôpitaux susceptibles d'être entraînés par la décentralisation étatique. A la fin de cette section, nous faisons un résumé des principaux changements de structure susceptibles de constituer les enjeux majeurs pour les différents groupes d'acteurs.

La troisième section est consacrée au cadre d'analyse, un premier cadre fait état des résultats de recherche tirés de la revue de la littérature sur les transformations hospitalières dans les pays en développement à travers un tableau synoptique des caractéristiques essentielles des transformations hospitalières en rapport avec les différents types de décentralisation. Un deuxième cadre inspiré des travaux de Crozier et Friedberg (1977) analyse les jeux de pouvoir entre les groupes d'acteurs hospitaliers selon deux niveaux à savoir un niveau stratégique et systémique.

## **2.1 La décentralisation étatique**

Dans cette section, nous traitons de la définition du concept de décentralisation, des principales réformes administratives et politiques, et des transformations structurelles dans les établissements de santé.

De la revue de l'ensemble des définitions de la décentralisation, ressort un concept polysémique qui peut revêtir différentes formes et des sens variés selon le contexte et le domaine d'activités. Une première définition définit la décentralisation étatique comme l'augmentation des pouvoirs et de l'autonomie des autorités administratives subordonnées situées le plus près possible des niveaux d'exécution (GDT 1976; Turgeon and Lemieux 1999). Une deuxième définition se réfère à une délégation formelle de l'autorité et de la responsabilité de la prise de décision à des niveaux hiérarchiques inférieurs (Office de la langue française 1981). L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) quant à elle, définit la décentralisation comme tout type de transfert de compétences ou d'activités (actions, planification, choix et décisions, gestion, supervision) vers la périphérie (OMS 1991).

D'autres auteurs proposent une définition plus précise qui souligne l'intensité de la décentralisation selon quatre niveaux: la déconcentration, la délégation, la dévolution et la privatisation (Médard 2006; Apthorpe and Conyers 1982; Mills and Vaughan et al. 1991; Siddiquee 1997). Cette typologie est particulièrement intéressante pour mieux circonscrire la nature variable des réformes hospitalières qui se sont produites en Afrique à partir des années 1980. Un vaste mouvement de réformes administratives et politiques a alors mis l'accent sur la décentralisation. Selon les réformes, plusieurs variantes de décentralisation ont été initiées par les pays africains avec une grande diversité de combinaison visant à assurer un transfert des responsabilités d'une administration centrale vers des niveaux plus proche de l'organisation et la dispensation des soins.

### **2.1.1 La déconcentration**

La déconcentration décrit les transferts d'activités, de compétences administratives ou gestionnaires des ministères qui demeurent sous l'autorité directe du pouvoir central. Elle implique un transfert de pouvoirs administratifs plutôt que politiques. C'est la forme jugée

la moins poussée de la décentralisation (Collins and Green 1994; Benneh 1977; Mills and Vaughan et al. 1991).

La déconcentration implique la création d'un ou de plusieurs niveaux intermédiaires dotés de pouvoir de gestion et responsable d'assumer certaines fonctions administratives au niveau du district et de la région (Mills and Vaughan et al. 1991). Par exemple à l'échelon du district, la création de directions locales chargées de fonctions administratives bien définies et dotées d'une certaine autonomie de façon que les fonctionnaires locaux puissent assurer la gestion sans devoir constamment en référer au Ministère central.

En principe, ces niveaux jouissent d'un statut juridique précis. Ils devraient avoir des frontières géographiques reconnues. Ils sont responsables de fonctions définies. Ils peuvent être habilités à se procurer des recettes et à engager des dépenses autonomes. Bien que dans les faits, ces organismes ne soient pas totalement autonomes, ils bénéficient d'une indépendance à l'égard de l'administration centrale dans leur domaine de responsabilité, contrairement aux unités administratives directement subordonnées comme il en existe dans certains cas de déconcentration (Mills and Vaughan et al. 1991).

Depuis le début des années 70, la déconcentration est la forme de décentralisation la plus fréquente dans les pays en développement (Rondinelli and Cheema 1983; Smith 1979, 1982). L'administration locale mise en place peut être de deux types selon que le personnel local de chaque ministère rend compte directement à son ministère d'origine «structure verticale» ou qu'il rend compte à un représentant local de l'administration centrale «structure intégré ou préfectoral» qui assume la responsabilité de toutes les fonctions administratives dans le territoire de sa compétence, sous réserve de rendre compte à un Ministère tel que celui de l'intérieur ou de l'administration territoriale.

Dans ce cas de figure, les Ministères de l'échelon central n'exercent sur ce personnel local qu'une supervision technique (cas en Thaïlande et en Tanzanie). Certains y verront un mécanisme favorisant plutôt la centralisation des pouvoirs que la décentralisation. Cette

forme intégrée de décentralisation instituée dans les pays en développement à tendance à effacer la distinction entre déconcentration et délégation (Conyers 1983, 1992; Ghal 1974).

En d'autres termes, l'État vise à garder une certaine envergure de contrôle sur les ressources de l'entité déconcentrée tout en lui concédant une certaine liberté lui permettant de s'organiser à l'interne (McPake 1996). Il s'agit de la déconcentration avec un transfert partiel de pouvoir administratif sous contrôle serré du Ministère de tutelle.

### **2.1.2 La délégation**

La délégation fait référence à la création d'organismes spécialisés dotés d'une personnalité juridique propre, autonomes et dirigés par des personnes nommées (Turgeon and Lemieux 1999; Médard 2006). Elle implique le transfert des responsabilités administratives mais aussi des ressources. En principe, l'organisme jouissant d'un statut juridique précis, est explicitement chargé de certaines fonctions et habilité à se procurer des recettes et à engager des dépenses autonomes en toute indépendance.

Les mesures politiques doivent permettre plus concrètement à l'organisme concerné, l'adoption d'un cadre légal budgétaire, comptable et tarifaire adapté à ses besoins, en somme le doter des compétences nécessaires à un fonctionnement autonome (Bah, Daff et al. 2004; Mills and Vaughan et al. 1991).

### **2.1.3 La dévolution**

La dévolution implique un transfert de responsabilités appartenant traditionnellement aux grandes fonctions publiques centrales vers des organismes locaux ayant compétence sur un territoire défini. En Afrique, la dévolution a impliqué un transfert du pouvoir de l'État central vers les autorités communales et la société civile qui doivent alors assumer les responsabilités de l'état (Bah, Daff et al. 2004; Kassibo, Bérédogo et al. 2007). Elle débouche sur la création de collectivités territoriales autonomes dirigées par des autorités élues (Médard 2006; Apthorpe and Conyers 1982). Les élus locaux aident à mobiliser les ressources locales, incitent la population et le personnel local à surveiller leur usage et à limiter les gaspillages. La dévolution peut également se traduire par le transfert d'autorité



d'une fonction particulière à un bureau local spécialisé (Mills, Vaughan et al. 1991). Elle vise alors à améliorer l'intégration et la coordination des services publics au niveau local.

La dévolution prévoit généralement que l'État doit augmenter sa contribution financière au niveau local (Mills and Vaughan et al. 1991). L'État doit assurer un transfert de fonds vers le niveau local de manière à renforcer son partenariat avec les populations locales pour favoriser le passage de la cogestion à l'autogestion. Cette situation devrait encourager la responsabilité des décideurs en rapprochant ceux-ci de la population et afin qu'elle sache exactement ce qui se passe quant à la gestion des ressources locales (Mills, Vaughan et al. 1991).

La viabilité des communes des pays africains se heurte à de multiples contraintes de survie. Le succès de la dévolution (Bah, Daff et al. 2004; Mills, Vaughan et al. 1991) repose sur la mise en œuvre d'entités autonomes concrétisée par l'élection du personnel des collectivités territoriales et le transfert du pouvoir du sommet à la base.

Sur le plan des ressources humaines, les nouvelles communes sont souvent confrontées à d'énormes difficultés. L'exercice du pouvoir requiert la possession d'aptitudes techniques et administratives par les nouvelles équipes dirigeantes ainsi que la disponibilité des moyens financiers et matériels conséquents pour répondre aux grandes attentes des populations, des conditions que peu d'entités territoriales décentralisées seraient en mesure de réunir (Coulibaly 1997; Médard 2001).

Au même titre que le cadre juridique de la dévolution joue un rôle important, d'autres facteurs conditionnent la liberté d'action effective des organismes locaux. Citons par exemple le contrôle que les organismes locaux exercent sur les ressources, leur aptitude à mobiliser un soutien politique, la légitimité qui leur est reconnue et le climat général dans lesquels ils fonctionnent (Lee and Mills 1982).

Une structure administrative locale bien étoffée a été jusqu'à maintenant un phénomène plutôt exceptionnel dans les pays en développement. Depuis les années 70 et 80,

relativement peu de pays ont réellement «dévolu» des fonctions de l'échelon central à l'administration locale (Rondinelli 1983). Dans les quelques cas où l'on a procédé à une telle dévolution, par exemple au Nigéria, en Papouasie-Nouvelle-Guinée ou au Soudan, le pouvoir autonome de se procurer des recettes a rarement été accordé.

L'essentiel des recettes nationales proviennent très souvent des impôts indirects. Il est difficile de trouver des sources de recettes locales. De ce fait, l'administration locale est souvent obligée de compter uniquement sur les dotations de l'administration centrale (Médard 2001).

En somme, le degré de dévolution est fortement conditionné par les sources de financement de l'organisme local. Et, comme ce financement est principalement assuré par l'Etat central qui conserve la haute main sur les questions financières (y compris la méthode d'attribution des ressources) le système reste finalement centralisé (Rondinelli 1983). Par conséquent l'administration locale se trouve dans une situation similaire à celle des services locaux des ministères centraux (les services déconcentrés) (Mills, Vaughan et al. 1991; Rondinelli 1981).

#### **2.1.4 La privatisation**

La privatisation implique le transfert dans le cadre d'une réglementation officielle de fonctions administratives à des entreprises privées ou à des organismes à but lucratif ou non (Mills, Vaughan et al. 1991). La privatisation apparaît comme le stade ultime de la décentralisation. Il est utile de distinguer les situations où l'État continue d'assurer pleinement le financement de celles où le financement est peu ou pas assumé par l'État. Le premier cas, correspond à une délégation vers le secteur privé. Lorsque l'État ne participe plus au financement, on peut parler de privatisation complète. C'est la privatisation au sens strict quand le transfert des prérogatives de l'État se fait au profit du secteur marchand, c'est-à-dire privé à but lucratif (Médard 2006).

A la fin des années 1980, plusieurs objectifs de réforme du secteur public africain ont été introduits par des agences internationales. A cette époque, plusieurs pays d'Afrique situés

au Sud du Sahara, ont accordé au secteur privé certaines attributions de l'État qui relevaient traditionnellement des collectivités territoriales et des institutions publiques qui étaient soumises au contrôle complet ou partiel de l'État.

Plusieurs pays n'ayant pas les moyens de développer les services demandés par les populations (World Bank, 1993a), et même parfois devant la difficulté de maintenir les services existants, ont opté pour la recherche de sources alternatives de financement; par exemple, en augmentant le recouvrement des coûts pour certains services par la hausse des frais à la charge du consommateur (tout en laissant une certaine place au financement public comme au Sénégal, Ghana, Mauritanie, Burkina, Gambie, Zambie). Une autre option a été de faire d'avantage appel au secteur privé pour la prestation des services. Également, les pouvoirs publics ont confié la charge de services à des organismes bénévoles (Congo, Tanzanie, République Démocratique du Congo). Certains y voyaient une solution provisoire dans l'attente d'un rattachement au secteur public lorsque que les ressources le permettraient. En réalité, ce rattachement peut être rendu obligatoire si l'organisme bénévole rencontre des difficultés financières (Mills, Vaughan et al. 1991).

Plusieurs des politiques de privatisation ont été contestées car elles étaient mal tenues et contraires aux intérêts des populations bénéficiaires (McPake 1996; Médard 2006; Bah, Daff et al. 2004).

## **2.2. Les transformations des établissements de santé des pays en développement sous la pression de la décentralisation**

Les réformes administratives et politiques de la décentralisation que nous avons décrites dans les paragraphes précédents ont suscité des changements structurels internes et organisationnels dans les hôpitaux de plusieurs pays en développement. Les réformes hospitalières n'étaient pas un phénomène isolé. Elles s'inscrivaient dans un cadre de réforme globale des administrations en Afrique (Bah, Daff et al. 2004; Médard 2006). Avant de préciser les implications de la décentralisation dans les hôpitaux, nous présentons une synthèse des caractéristiques essentielles des dits établissements dans le contexte des pays en développement.

### **2.2.1 Les caractéristiques essentielles des hôpitaux**

Il est important de rappeler certaines caractéristiques internes des organisations hospitalières dans les pays en développement pour comprendre plus clairement la dynamique de transfert de compétence du Ministère de la santé vers l'hôpital. La plupart des hôpitaux généraux et universitaires des pays africains ont adopté au cours des années des structures d'organisation subdivisées en multitudes d'unités cliniques et spécialisées.

La conception structurelle de l'hôpital était fonctionnelle et donc conçue sur la base de la spécialisation disciplinaire (McPake 1996). Elle s'apparente à certaines des spécificités décrites par Lega and Depietro (2005): des effectifs importants de professionnels enseignants et de praticiens hospitaliers salariés, celles des petits hôpitaux simples spécialisés focalisés vu que la référence n'est pas toujours bien organisée à l'intérieur des pays, donc en plus des soins tertiaires de référence elles délivrent aussi des soins primaires (Balique 2004, Acodess1990, 2001).

Généralement les hôpitaux publics universitaires sont associés à la faculté de médecine sur la base d'une convention qui définit les responsabilités des deux parties dans la réalisation de la mission universitaire de l'hôpital public (Balique 2004). Les chefs de service de spécialité jouent un double rôle de responsabilité par l'enchaînement entre l'université et l'hôpital. La négociation budgétaire guidant la distribution des ressources se passe très souvent au sein de l'hôpital entre les chefs de services de spécialité et le directeur général. Les chefs de services contrôlent les soins, le personnel de support du service, la logistique et le fonctionnement des salles (c'est-à-dire sont responsables des opérations).

### **2.2.2. Les changements structurels dans les hôpitaux**

Nous examinerons successivement dans cette section, la logique du transfert des pouvoirs et des compétences de l'État vers les hôpitaux suivant les différents types de décentralisation adoptée par les pays, et sa manifestation principale qui est l'établissement d'une nouvelle structure de gestion dans les dits établissements à travers l'utilisation de nouvelles techniques de gestion et l'implication des différents groupes d'acteurs.

### **2.2.2.1 Logique du transfert des pouvoirs et des compétences de l'État vers les hôpitaux**

Dans bien des pays africains (Guinée, Sénégal, Togo, Burkina Faso, Cameroun), la mise en œuvre des principes de la décentralisation et les transformations structurelles dans les établissements hospitaliers n'ont pas été faites de façon cohérente. Plusieurs ont déploré une articulation insuffisante entre le transfert des compétences de l'état et les changements structurels hospitaliers (Bah, Daff et al. 2004). La décentralisation étatique a été affectée par plusieurs facteurs; entre autres, un découpage administratif et opérationnel obéissant à des critères différents entraînant un isolement du secteur de la santé des autres secteurs (ex., le Cameroun); un nombre d'hôpitaux ne respectant pas le découpage administratif en régions (ex., le Tchad); un nombre de régions administratives inférieur au nombre de régions sanitaires entraînant un problème de représentation de certains services hospitaliers (ex., le Togo); une faible priorisation pour le bon fonctionnement des hôpitaux face à la prédominance de la volonté de leur adaptation aux principes politiques de la décentralisation (ex., Madagascar). Selon les variantes de décentralisation adoptées par chaque pays, les établissements hospitaliers vont développer des différences dans leur choix organisationnel, les approches de gestion et les outils utilisés (Mills, Vaughan et al. 1991; Médard 2006; Bah, Daff et al. 2004) comme nous le verrons ci-dessous.

#### **Suivant le processus de déconcentration**

Dans le cas du Ministère de la santé, la déconcentration implique la création de directions locales (par exemple à l'échelon du district sanitaire) chargées de fonctions administratives bien définies et dotées d'une certaine autonomie de façon à ce que les fonctionnaires locaux puissent assurer la gestion sans devoir constamment en référer au Ministère central (Médard 2001; Konaté 2004). Dans d'autres cas plus spécifiques aux établissements hospitaliers, il s'agissait de la création d'une direction des hôpitaux (cas au Sénégal) chargées de fonctions administratives définies. Le rôle du directeur général de l'établissement hospitalier se trouve restreint malgré l'autonomie de gestion théoriquement accordée à l'hôpital (Bah, Daff et al. 2004; Touré 2004; Mills, Vaughan et al. 1991). Plus clairement, l'État vise à garder un certain contrôle sur les ressources des établissements de

santé tout en leur concédant une certaine liberté qui leur permettra d'organiser les unités de soins, la surveillance du personnel et du plateau technique (McPake 1996). Il s'agit en fait d'un transfert partiel de pouvoir administratif à l'établissement de santé sous contrôle du Ministre de la Santé.

Les services déconcentrés de santé de façon générale reçoivent directement les subventions étatiques avec des cadres d'orientations strictement fixés par le Ministère de la santé (Burkina Faso, Sénégal, Cote d'Ivoire, Gambie). La gestion du personnel relève dans certains cas du secrétariat général du Ministère de la santé (Sénégal, Zambie, Ghana, Niger), de la direction des ressources humaines de la santé (Burkina) et parfois directement de la fonction publique (Guinée Conakry, Mauritanie). La prise de décisions importantes reste centralisée au niveau du Ministre de la santé ou de son secrétariat général. De fait, les établissements hospitaliers semblent disposer de peu de marge de manœuvre pour agir. Leur organisation interne et les décisions prises par la direction générale de l'établissement affectent très peu le fonctionnement interne c'est-à-dire au niveau des services techniques et des unités de soins (Togo, Benin, Burkina, Guinée Conakry). Le type de déconcentration rapporté dans la littérature est très souvent vertical, l'autorité semble rester uniquement au niveau central ou supérieur c'est-à-dire la direction du district sanitaire ou de l'établissement de santé déconcentré (Hurlev, Stephen et al. 1995; Bah, Daff et al. 2004; Touré 2004) tandis que l'implication administrative des professionnels de santé était censée être un moyen de maintenir ou d'implanter certains comportements professionnels afin de mieux répondre aux besoins et demandes de soins.

Les établissements hospitaliers ne sont donc pas forcément des entités déconcentrées au sens de l'attribution du pouvoir gestionnaire au niveau local puisque dans la plupart des cas, ce pouvoir reste fortement centralisé au niveau du Ministre de la Santé. Pour sa prise de décision concernant la gestion des ressources financières et humaines, le directeur de l'hôpital est très souvent tenu de se référer chaque fois à sa hiérarchie qui peut être le directeur général des hôpitaux dans certains cas ou le directeur général local de la santé qui rendent compte au Ministre de la santé et/ou à son secrétaire général. La centralisation est un mécanisme puissant pour coordonner les décisions dans une organisation, cependant l'erreur la plus courante en matière de conception d'organisation est peut être celle qui consiste à centraliser les décisions lorsqu'on peut être en face de limitations cognitives

(Driver and Streufert 1969; Jay 1970). Une centralisation excessive conduit ceux qui ont l'information nécessaire à en référer à des supérieurs qui n'ont aucune connaissance des réalités quotidiennes. A l'intérieur de l'établissement, les chefs de services de spécialité bien que très faiblement impliqués dans le fonctionnement de l'organisation peuvent être absents aux prises avec de multiples engagements universitaires, de recherche et de formation. Ils disposent de peu de temps et de capacité nécessaire au traitement des informations (Bah, Daff et al. 2004; Touré 2004). Une telle situation ne permet pas la motivation qui est cruciale dans les travaux de nature professionnelle qui sont complexes avec des personnes créatives et intelligentes qui ont besoin d'une marge de manœuvre considérable.

Nous pouvons conclure que la logique de la déconcentration dans les établissements de santé dans les pays en développement semble ressembler à une situation où l'État laisse aux autorités locales déconcentrées une certaine latitude dans leur organisation et leur fonctionnement, sachant qu'il aura à assumer des choix importants tout le long de leur processus de transformation.

### **Suivant le processus de délégation**

Les établissements hospitaliers africains dans leur majorité se sont vus appliquer au fil des ans, une série de mesures restrictives externes qui ont limité la croissance de leurs ressources de façon substantielle et ce, dès le début des années 1980. Depuis, l'attribution de ressources et de budget par l'État et ses partenaires pour le développement des services de santé exigeait que l'établissement de santé se conforme aux règlements et à la politique gouvernementale ce qui semblait limiter l'utilisation efficiente des ressources par ces établissements (Médard 2006; Bah, Daff et al. 2004; Touré 2004; Blundo 1998).

A partir des années 90, les orientations nationales en matière de santé dans beaucoup de pays africains inscrites dans les plans de développement sanitaire et social (PDSS) ont exprimé la volonté de transfert de compétences gestionnaires aux établissements de santé (Bah, Daff et al. 2004; Laurent 1996). La volonté de décongestionner l'administration centrale et ainsi d'accélérer les prises de décisions au niveau local (Médard 2006) visait à renforcer davantage le contrôle au sein même des établissements de santé. Elle faisait suite à la difficulté d'exercer un contrôle externe efficace simultanément par le Ministre de la santé.

C'est ainsi que, vers les années 92 et 2000, dans certains pays, l'option de la délégation devait aller très loin avec une loi spécifique pour certains types d'organisations de santé par exemple les hôpitaux publics avec la « loi hospitalière » (Touré 2004; Balique 2004). Elle prévoit de confier des responsabilités de gestion, pour des fonctions bien définies et gérées de façon autonome, allant jusqu'à laisser théoriquement le choix au directeur général de l'établissement de santé de décider des méthodes pour la gestion des ressources financières et le contrôle des pratiques professionnelles sur la base de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (Bah, Daff et al. 2004; Balique 1999; Acodess 1990).

En Afrique, il s'est agi d'un système de délégation de responsabilités du niveau central vers les échelons inférieurs internes, c'est-à-dire du Ministre de la santé au directeur général de l'établissement de santé dans un premier temps. Dans un second temps, elle touche le développement et/ou le renforcement d'unités périphériques correspondant aux services de spécialités ou unités spécialisées au sein des établissements qui sont rattachées directement au directeur général autrement la création d'un ou plusieurs niveaux administratifs supplémentaires dotés d'un pouvoir gestionnaire interne (Mills, Vaughan et al. 1991). Il est attendu que le directeur de l'établissement de santé assume dorénavant la responsabilité qui revient au Ministre de la santé au sein de l'établissement hospitalier (Bah, Daff et al. 2004). Ceci devait lui conférer de nouvelles responsabilités et un pouvoir (qui est surtout de nature administrative) étendu qui pourrait lui permettre d'effectuer un contrôle important sur la pratique médicale et la gestion des ressources internes (leur mobilisation et leur répartition). Le pouvoir hiérarchique repose sur le respect des procédures. C'est une approche structurelle qui s'éloigne de l'orientation professionnelle et qui est susceptible de créer des conflits dans les organisations (Blau 1967, 1970).

La délégation est ainsi appliquée dans les établissements hospitaliers universitaires en Tanzanie, en Zambie, au Ghana, au Burkina Faso, en Guinée Conakry, au Cameroun, au Sénégal. L'établissement de santé est organisé sous la forme d'une organisation paraétatique (souvent appelé EPA, EPIC, EPS, EPH) selon les pays, dispose de son propre conseil d'administration et bénéficie d'une large autonomie vis-à-vis du Ministère de la Santé. Ce sont des organismes spécialisés dotés d'une personnalité juridique propre, autonomes et dirigés par des personnes nommées (McPake 1996; Médard 2006). C'est



aussi à la délégation que certains pays d'Amérique latine ont eu recours par exemple au Mexique où les établissements de santé disposent d'un conseil d'administration, de sources de financement, de biens propres et d'un statut juridique particulier (Harris 1983). Il s'agit de l'autonomie financière et de gestion.

L'accomplissement de l'autonomie financière dans le cadre de la délégation a permis dans plusieurs cas de confier à l'établissement de santé des responsabilités gestionnaires pour des fonctions bien définies, telles que la liberté de générer des recettes et d'utiliser ses ressources selon ses propres priorités. Ce transfert par le Ministre de la santé de certaine responsabilité financière à l'établissement de santé cherchait aussi à amener le personnel clinique support de la conception organisationnelle à prendre conscience des coûts dans la production des services et être ouvert à négocier des budgets et les cibles de production avec des buts organisationnels partagés (Bah, Daff et al. 2004).

Les mesures politiques présentées précédemment étaient censées permettre plus concrètement aux établissements de santé, l'adoption d'un cadre légal budgétaire, comptable et tarifaire adapté aux besoins de leur réforme; en somme les doter des compétences nécessaires à un fonctionnement autonome (Bah, Daff et al. 2004; Mills, Vaughan et al. 1991). On s'attend à ce que les directeurs autonomes prennent et assument la responsabilité quant à la capacité financière de l'hôpital. Ils devraient donc répondre aux incitations qui encourageraient l'efficacité dans les soins et la génération de revenus par l'établissement (Bah, Daff et al. 2004; Touré 2004; Deroux 2004). C'est un transfert de responsabilités gestionnaires pour des fonctions bien définies à l'hôpital qui devra se situer à la marge de l'administration centrale (le Ministre de la santé) et faire seulement l'objet d'un contrôle indirect à travers des missions de supervision et d'inspection.

En outre, les établissements de santé devraient améliorer leur fonctionnement interne en agissant sur leur conception structurelle pour s'acquitter de leurs missions conformément aux objectifs fixés par la politique sanitaire. Ceci apparaît aussi comme un résultat potentiel des composantes de l'autonomie de gestion associé au mécanisme de délégation que nous avons rapporté dans les paragraphes précédents (McPake 1996).

Depuis déjà les années 80, dans le cadre de la délégation certains arguments s'étaient multipliés en faveur de la nécessité d'impliquer plus les responsables des services techniques ou des unités spécialisés dans la gestion de l'établissement de santé (McPake 1996, Deforges 1998). Cette implication devait résoudre une éventuelle opposition qui pouvait influencer les rapports entre les différents groupes d'acteurs influents au sein des établissements de santé à savoir les gestionnaires et les professionnels de santé. En outre, elle devait contribuer à maintenir ou implanter certains comportements professionnels pour mieux répondre aux besoins et aux demandes de l'établissement.

Donc l'intégration des médecins et des infirmiers à la gestion était une piste privilégiée selon les intentions des réformes par la délégation. Elle devait favoriser la conciliation de deux logiques organisationnelles (Bah, Daff et al. 2004) découlant de la double structure de l'hôpital traditionnel d'une part la structure médicale avec sa logique clinique et, d'autre part, la structure administrative avec sa logique économique et de rationalisation des pratiques. La double structure s'explique par la particularité des compétences professionnelles au sein de l'hôpital et la spécificité des soins qui sont dispensés (St-Hilaire et Sicotte 2001). Suivant le processus de délégation, l'on s'attend à ce que les médecins exercent plus de contrôle clinique et économique sur leurs services ou unités de soins ce qui les investie de fonctions de gestion. Ceci devra leur procurer le droit d'agir de façon volontaire et intentionnelle c'est-à-dire avoir la capacité d'agir avec indépendance et de bénéficier des ressources nécessaires pour pouvoir exercer concrètement les choix. La gestion administrative et la gouverne de l'établissement devront être confiées à des gestionnaires professionnels. Donc l'intégration organisationnelle devait concerner surtout les gestionnaires, et être un moyen pour faciliter l'atteinte d'objectifs au niveau de l'organisation des services médicaux.

Un tel modèle de délégation s'apparente à celui défini par Scott (1993) in Lega and Depietro (2005) et (Chantler 1999, 2002) comme un modèle commun avec une autorité formelle aux médecins et aux directeurs d'établissement pour la gestion et celle nécessaire pour mettre en application avec succès les changements structurels de l'organisation. Ceux-ci sont fondamentaux pour le succès des modèles à responsabilité déléguée où l'autonomie de gestion visée devrait être alignée avec les intérêts de l'organisation. Dans les pays africains, les résultats de recherche montrent plutôt que le succès d'un tel modèle est plutôt

mitigé ou le processus de gestion reste centralisé dans beaucoup de cas auprès du directeur général qui a pourtant besoin des cliniciens particulièrement les médecins qui sont disposés à respecter les principes d'efficacité et d'efficience dans les soins.

Traditionnellement, le pouvoir formel est localisé au sommet stratégique de l'établissement entre les mains du directeur général qui peut choisir de le disperser ou déléguer à des niveaux inférieurs de la hiérarchie (Mintzberg 1982). Dans le contexte africain, le type de délégation rapporté par la structure se voulait vertical avec une dispersion du pouvoir formel du directeur général de l'établissement de santé vers le bas à l'intérieur de la ligne hiérarchique c'est-à-dire auprès de chefs de services de spécialité.

En fait, la responsabilité peut paraître centralisée car la prise de décision reste concentrée chez un petit nombre d'individus au sein de l'organisation à savoir le directeur général et les chefs de services de spécialité. Toutes les ressources au niveau des unités de soins semblaient être assignées au médecin-chef de spécialité (unité spécialisée). Il y a un manque de départementalisation, un retard dans la diffusion de la culture financière et gestionnaire. C'est un modèle qui s'apparente à un hôpital centralisé à direction simple « Centralized single-headed hospital » (Lega and Depietro 2005).

### **Suivant le processus de dévolution**

Dans plusieurs pays en développement, particulièrement en Afrique et en Asie du Sud-est (Botswana, Ghana, Kenya, Nigéria, Tanzanie, Sénégal, Soudan, Zambie, Népal et Sri Lanka), les établissements de santé relevant du secteur public se sont développés en grande partie à l'initiative de l'administration centrale, tandis que l'administration locale jouait en général un rôle de second et se limitait aux services d'hygiène de l'environnement en zone urbaine (Mills, Vaughan et al. 1991). Dans ces pays, les décisions concernant les établissements de santé ont pu être jugées centralisées à l'excès parallèlement à une faible capacité administrative au niveau local, avec le temps, il a été manifesté un très vif intérêt à la dévolution de la gestion des établissements de santé (Vaughan 1984,1985; Kleczkowski, Elling et al. 1984).

La dévolution, du point de vue de la santé publique, suppose un transfert des compétences en matière de santé aux collectivités locales décentralisées qui disposent ainsi d'une

autonomie vis à vis de l'administration centrale de la santé (Mills, Vaughan et al. 1991). L'État semble engager également à assurer un transfert des fonds vers le niveau local et renforcer le partenariat entre la santé et les populations par l'autogestion.

Les objectifs sont surtout à visé politique. On s'attend a une réelle participation des populations au choix des priorités en terme de fonctionnement des établissements de santé, tout en mettant en avant certaines valeurs sociales (au nom du rôle de l'état), telles que l'accès aux services pour tous (équité), la solidarité, la mobilisation de ressources (efficacité contributive), la qualité de l'offre de soins par niveau.

Les collectivités territoriales assurent la gouverne des établissements de santé de la même façon que les affaires communales (Kassibo, Bérédogo et al. 2007). En d'autres termes, il est attendu une dévolution avec autonomie de décision et de gestion. Les collectivités locales décentralisées disposent d'une autonomie vis-à-vis de l'administration centrale de la santé, donc plus d'indépendance par rapport au pouvoir central. La dévolution vers les collectivités territoriales visée devait impliquer une restructuration beaucoup plus radicale de l'organisation des établissements de santé.

Les élus locaux et les administrés participent ainsi directement à la politique sanitaire en apportant un appui au besoin de subvention ajustée des établissements de santé pour supporter la dépense publique de santé. Ils aident à mobiliser les ressources locales, incitent la population et le personnel local à surveiller leur usage et à limiter les gaspillages. C'est de cela dont il s'agit normalement lorsqu'on évoque les réformes par la décentralisation dans le secteur de la santé en Afrique (Médard 2006; Apthorpe and Conyers 1982).

La représentativité des populations locales pour la prise de décision au sein des établissements de santé, est très souvent assurée à l'aide de conseils de santé ou conseil consultatif. Les membres sont élus par la population entière, ou un corps électoral restreint ou nommés par des organisations locales au lieu d'un seul fonctionnaire représentant l'état (Walth 1985; Mills, Vaughan et al. 1991; MH-Sri Lanka 1983).

La réalité est plus complexe, dans beaucoup de pays, l'intervention des collectivités territoriales et de la population locale dans le fonctionnement des services de santé se résume uniquement à la présence presque exclusive de leurs représentants élus (ou désignés par le Ministre de la Santé) au sein des conseils d'administration pour travailler très

souvent dans le cadre des orientations fixées par le Ministre de la santé (McPake 1996). Les élus locaux sont parfois compétents pour prendre des décisions importantes s'ils sont représentés au sein du conseil d'administration ou de santé de l'hôpital tandis que le rôle du directeur de l'hôpital est plutôt réduit à un simple exécutant des délibérations du conseil d'administration ou de santé avec peu d'emprise sur le fonctionnement interne de l'hôpital qui continue de relever en grande partie du Ministre de la Santé (Mills, Vaughan et al. 1991). L'application rigide de règles standardisées élaborées au niveau central peut être inappropriée et inadaptée quand c'est une gouvernance locale qui est visée (Mills and McPake 2000; Hurlev, Stephen et al. 1995) comme c'est le cas de la dévolution ou le transfert du processus décisionnel. Ceci devait permettre d'utiliser la connaissance intime du milieu local (implicite et souvent difficile à objectiver dans des critères descriptifs) et de diversifier ainsi les expériences en innovant hors des «standards» fixés par le sommet.

Dans d'autres cas, la dévolution s'est traduite par le transfert d'une partie des prérogatives du Ministre de la santé à des directions locales, par exemple à l'échelon du district (Médard 2001; Konaté 2004). L'organisation des services de santé peut être dévolue au sens géographique et fonctionnel, mais a priori, le Ministre de la santé est mieux à même d'influer sur l'ampleur du processus dans le second cas que dans le premier ou la santé n'est qu'un service public parmi tous ceux qui font l'objet de la dévolution (Mills, Vaughan et al. 1991).

Rondinelli and Cheema (1983) rappellent qu'à chaque fois qu'une dévolution est envisagée dans un pays en développement, deux principaux problèmes surviennent à savoir: (1) les administrations locales ne disposant pas de ressources locales suffisantes, elles vont développer une dépendance vis-à-vis du niveau central et, à priori, une réduction correspondante d'autonomie locale; (2) la dévolution a rendu difficile les efforts visant à édifier une hiérarchie logique des établissements de santé et à créer une structure intégrée.

### **Suivant le processus de privatisation**

Les réformes par la privatisation des établissements de santé concerne le développement d'initiatives non gouvernementales, à but lucratif ou non, émanant d'individus, d'associations, de groupes et de communautés, qui visent à assurer des services de soins à la population.

De nombreux pays africains n'ont pas les moyens de développer sensiblement les services de santé, ni même parfois de maintenir les services existants. Certains essayent de plus en plus de trouver d'autres sources de financement par exemple en augmentant le recouvrement des coûts pour certains services autrement en augmentant la part mise à la charge du consommateur (tout en laissant une certaine place au financement public) et d'autres modalités pour la prestation des services de santé par exemple en faisant d'avantage appel au secteur privé (World Bank 1986, 1994).

La privatisation apparaît comme le stade ultime, la forme extrême de la décentralisation. Il faut distinguer les situations où l'État continue d'assurer pleinement le financement des soins et des services de santé, de celles où ce financement n'est que très peu ou pas assumé par l'État.

Le premier cas correspond plutôt à une délégation vers le secteur privé. Ce n'est que lorsque l'État ne participe plus au financement que l'on peut parler de véritable privatisation ce qui est plutôt rare en Afrique. Dans ce cas, l'utilisateur supporte lui-même la totalité du coût des soins. Dans le cas de la privatisation au sens strict, elle se fait uniquement au profit du secteur marchand, c'est-à-dire privé à but lucratif (Médard 2006).

Dans d'autres cas, les pouvoirs publics confient depuis longtemps la charge de certains services de santé de base à des organismes bénévoles. Il s'agissait d'une solution en principe provisoire dans l'attente d'un rattachement au secteur public dès que les ressources le permettraient. En réalité ce rattachement peut être rendu obligatoire si l'organisme bénévole rencontre des difficultés financières comme cela fut le cas pour certains organismes confessionnels en Afrique centrale et orientale (Mills, Vaughan et al. 1991). Les organismes bénévoles et les praticiens privés peuvent exploiter aussi des ressources qui échappent à l'action des pouvoirs publics et assurer plus efficacement certains services, notamment sur le plan curatif. En outre, ils peuvent travailler dans des domaines où les pouvoirs publics hésitent à s'engager parce qu'ils sont controversés par exemple la planification familiale qui peut être trop onéreuse, le cas des soins gériatriques adaptés à une action bénévole comme les soins à domicile ou les soins aux mourants dans les hospices.

La littérature est très limitée sur les cas de privatisation dans les établissements de santé en Afrique. Un cas isolé a été rapporté en Zambie, il traduit plutôt une « délégation » des pouvoirs du Ministre de la santé vers les services publics hospitaliers en n'assurant qu'une petite partie du financement (McPake 1996). L'établissement hospitalier est défini ici comme une institution nationale indépendamment contrôlé comme les organisations paragonnementales telles les sociétés de chemin de fer ou de cuivre. A l'interne, il existe une autonomie des services de spécialité avec la délégation des ressources sous contrôle de l'administration hospitalière.

L'établissement hospitalier est doté de conseil autonome de gestion établi mais qui reste redevable devant le Ministre de la santé. Le plan stratégique envisage une couverture des coûts complets pour l'établissement basé sur des mécanismes de prépaiements (assurance, paiement direct). Le plan envisage aussi la fourniture d'un nombre limité de soins dits publics relevant du gouvernement et contenus dans le paquet essentiel de soins donc il y a une négociation cas par cas des normes de production.

#### **2.2.2.2 Établissement de nouvelles structures de gestion dans les établissements de santé**

La nécessité d'une transformation des structures de gestion est d'abord liée à l'autonomie administrative et financière qui a été accordée aux établissements hospitaliers et qui devrait se poursuivre dans les services de spécialité. Elle a eu des implications sur le fonctionnement des services et les rapports interprofessionnels. Nous examinerons successivement ci-dessous, les techniques de gestion utilisés dans les établissements hospitaliers, l'implication des professionnels de santé à la gestion, et les nouvelles modalités de collaboration interprofessionnelle.

##### *Utilisation de nouvelles techniques de gestion : autonomie de gestion*

Dans les établissements de santé, l'autonomie de gestion généralement associée au mécanisme du budget global s'est trouvée limitée par la réduction constante des hausses budgétaires et l'incitation du gestionnaire de l'hôpital à produire au moindre coût sous contrainte de fournir des soins et services de qualité acceptable, qui répondent aux besoins de santé de la population qu'il dessert (Bah, Daff et al. 2004). La flexibilité budgétaire de

l'hôpital autonome devait ressembler étroitement à celui d'un établissement privé plutôt qu'à un établissement public traditionnel.

Dans certains pays, l'option du transfert des compétences de l'état à l'établissement de santé devait être précisée à travers l'élaboration d'une loi spécifique aux hôpitaux publics «loi hospitalière» (Touré 2004; Balique 2004) avec des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (Bah, Daff et al. 2004; Balique 2002; Acodess 2001). Le contrat d'objectifs et de moyens fait référence à un projet d'établissement et doit contribuer à sa réalisation. Il fixe le montant des subventions de l'État à l'établissement pour la réalisation de ses objectifs en matière de qualité, de sécurité et de coûts des soins, décrit les transformations que l'établissement s'engage à opérer dans ses activités, son organisation, sa gestion et ses modes de coopération.

Ce modèle peut ne pas être partagé par tous, surtout par les professionnels au sein des services techniques de spécialité dont certains pouvaient souhaiter plus d'orientations nationales en leur faveur, afin d'avoir des arguments lors des négociations parfois aiguës pour l'acquisition de ressources et plus de responsabilités le long de la ligne de soins (Balique 2004).

Par conséquent, les hôpitaux doivent améliorer leur organisation interne en agissant sur leur conception structurelle pour s'acquitter de leurs missions conformément aux objectifs fixés par la réforme. Ceci apparaît comme un résultat potentiel des composantes de l'autonomie de gestion associé au processus de transformation structurelle (McPake 1996). En outre, les directeurs autonomes prennent et assument la responsabilité quant à la capacité financière de l'hôpital donc répondre aux incitations qui encourageraient l'efficacité dans les soins et la génération de revenus par l'hôpital (Bah, Daff et al. 2004; Touré 2004; Deroux 2004).

Les mesures d'incitation sont aussi vues comme un nouvel élément pouvant provoquer une amélioration dans l'exécution du service de santé en favorisant l'adaptation permanente entre l'offre de soins et la demande. Elle est fondée sur la distribution des excédents de production entre travailleurs et la création d'activités personnalisées qui sont effectués par les professionnels de santé en dehors des périodes normales de travail au sein de l'hôpital. Chaque établissement public hospitalier définit les primes et autres avantages non statutaires destinés à son personnel. Leur attribution dépend de l'activité et de la qualité des



prestations de chacun (McPake1996; World Bank Institute 2005) dans l'espoir qu'elles permettent de développer un sentiment d'allégeance des professionnels de santé à l'intérêt organisationnel. Cet intérêt a une importance certaine d'autant plus qu'il devra constituer une réponse à un manque d'incitatifs individuels ou collectifs et encourager chaque professionnel à se préoccuper de sa responsabilité vis-à-vis de l'organisation. Ces mesures semblent avoir un impact certain sur la structure organisationnelle et être une direction répandue dans le cadre des réformes hospitalières dans les pays en développement (McPake 1996; Balique 2004; Acodess 1990).

*Incertitude et enjeux autour de l'implication des professionnels de santé à la gestion*

Dans le contexte international, les hôpitaux sont caractérisés par deux dispositifs significatifs à savoir la structure fonctionnelle où les médecins ont tendance à dominer le processus décisionnel et où les administrateurs disposent de différents mécanismes d'organisation principalement par affectation de ressources et la gouvernance des comportements (Lega and Depietro 2005).

Les opérations médicales de l'hôpital sont fortement influencées par les activités des médecins y œuvrant. Certains gouvernements ont voulu renforcé l'autorité du directeur de l'hôpital sur les chefs de service de spécialité et l'autorité de ceux-ci sur leurs collègues médecins et infirmiers en matière d'utilisation des ressources et de pratique professionnelle (Balique 2004; Blundo 1998). L'exercice d'une autorité des chefs de service (hiérarchique sur leurs collègues) apparaît peu conforme aux principes d'autonomie de pratique et de responsabilité individuelle du médecin à l'égard de ses patients qui sont au cœur du système des valeurs médical (Sicotte 1987).

La nécessité d'impliquer les responsables des services techniques de spécialité dans la gestion de l'hôpital devait permettre de mieux intégrer les différents groupes d'acteurs (McPake 1996; Deforges 1998). Ainsi, les médecins devraient avoir la possibilité de consulter les gestionnaires des établissements de santé, ce qui pouvait constituer un pré-requis au contrôle qu'ils peuvent exercer sur les décisions pouvant affecter leurs conditions de pratique. Dans d'autres cas, en présence d'un contexte organisationnel peu revendicatif les médecins peuvent maintenir une distance importante par rapport à l'organisation et préserver ainsi leur autonomie professionnelle.

Dans le cadre de la délégation des pouvoirs de l'état aux établissements de santé, l'intégration organisationnelle devait concerner surtout les gestionnaires, il serait pour eux un moyen pour faciliter l'atteinte d'objectifs au niveau de l'organisation des services médicaux dans l'établissement. Ils y perçoivent une opportunité de sensibiliser les médecins aux problèmes et contraintes au niveau de l'administration de l'hôpital. Certains gestionnaires semblent préférer tenir les médecins à l'écart de l'organisation de manière à maintenir une forte autonomie administrative et à minimiser les risques de trop forte médicalisation. Une telle situation peut contribuer selon les cas, à offrir un milieu plus ou moins propice à l'intégration organisationnelle des médecins et au développement des pratiques multidisciplinaires (Balique 2004; Touré 2004).

La gestion participative ne peut être considérée comme synonyme de décentralisation, puisqu'elle repose sur l'hypothèse selon laquelle le cadre responsable dispose du pouvoir formel et qu'il choisit de le partager avec ses subordonnées (Mintzberg 1982), il leur demande leur avis et peut les inviter à participer à la prise de décision. Autrement les avis des professionnels de santé sont très désirables pour les administrations hospitalières qui s'en trouvent améliorés dans leurs prises de décision mais c'est toujours elles qui décident. Les professionnels de santé peuvent avoir le sentiment d'être démunis de tout pouvoir alors que leur participation à la gestion visait à réduire leur aliénation administrative.

Si la littérature ne lui accorde que des succès mitigés, dans de nombreux cas, la participation introduite depuis le sommet d'une organisation n'a apporté qu'une solution symbolique à des contradictions idéologiques. Son attrait est surtout dû au fait qu'elle s'accorde avec la théorie socialiste et celle des relations humaines (Strauss and Rosenstein 1970).

Plusieurs mécanismes administratifs sont susceptibles d'améliorer la correspondance entre les buts et les actions des professionnels et ceux des organisations de santé qui sont défendus par les administrateurs (St-Hilaire et Sicotte 2001). Parmi ces mécanismes, figure clairement un transfert de la responsabilité financière et administrative au niveau périphérique c'est-à-dire le transfert au niveau interne des responsabilités du directeur général auprès des services techniques de spécialité. Il correspond à un prolongement du

processus de délégation entamé où le Ministère de la santé cherche à accorder une large liberté d'action à l'hôpital. Chaque service de spécialité dispose d'un grand degré d'autonomie et fonctionne avec une structure bien définie, des tâches et des responsabilités définies de façon formelle. Ils sont libres de choisir leur ligne de conduite du point de vue technique, mais devront se soumettre au contrôle de l'administration et des organismes étatiques (tel que l'université) selon la qualité de leur production de soins, la recherche et la formation (Balique 2004). Chacun des services de spécialité est responsable de leur rentabilité envers l'hôpital public et pour la qualité du corps enseignant à la faculté de médecine.

Dans le prolongement du transfert de compétence du directeur général aux services de spécialité, il a été envisagé l'élaboration des budgets par service même si elle reste très limitée selon les pays (Bah, Daff et al. 2004; Deroux 2004). Ceci devait constituer une opportunité pour mobiliser les professionnels de santé à s'impliquer d'avantage dans la gestion des ressources dédiées à leurs services et de déterminer avec les décideurs hospitaliers des objectifs à atteindre. Cette volonté d'allocation des ressources aux spécialités devait permettre à l'organisation hospitalière de répondre rapidement aux conditions locales et encourager la motivation interne (Balique 2004).

L'intégration des médecins à la prise de décision peut être difficile à réaliser même si elle peut être porteuse d'une meilleure efficacité (St-Hilaire et Sicotte 2001). Elle peut exiger une modification de la structure hospitalière traditionnelle. L'espoir d'intégrer les médecins à la sphère économique de l'établissement hospitalier exige que les hôpitaux adoptent un modèle de gestion organisationnelle mettant l'accent sur leur participation active à la gestion et à la prise de décision administrative. En transférant les budgets auprès des médecins au niveau des services de spécialité, les gestionnaires souhaitent partager une partie de leurs responsabilités en conscientisant les médecins à la gestion des budgets qu'ils consomment. Cette intégration était censée favoriser un contrôle plus rigoureux des coûts hospitaliers et de la pratique médicale. Ainsi les chefs de service de spécialité ou d'unité de soins au sein de l'hôpital devenaient responsables de leur rendement, de leurs résultats et de leur contribution à la gestion de l'utilisation globale des ressources hospitalières (Balique 2004; Touré 2004). Ceci tient à une volonté du directeur général d'exercer de plus près un

contrôle accru des coûts et de la pratique médicale suite à un constat de manque de capacité au niveau des lits, et le gaspillage de ressources.

Un tel modèle de transfert des responsabilités rapportées dans le paragraphe précédent s'apparente à celui défini par Scott (1993) in Lega and Depietro (2005) et Chantler (1999, 2002). Il s'agit d'un modèle commun avec une autorité formelle aux médecins et aux directeurs généraux des établissements de santé pour la gestion et celle nécessaire pour mettre en application avec succès les changements structurels de l'organisation. Ceux-ci sont fondamentaux pour le succès des modèles à responsabilité déléguée, mais aussi dans les cas où l'autonomie gestionnaire visé doit être alignée avec les intérêts de l'organisation tel que visé dans certains pays africains où le directeur d'hôpital a besoin des cliniciens ce qui demande à ce que les médecins respectent les principes d'efficacité et d'efficience dans les soins.

De plus en plus dans le cadre de la délégation, certains recoupements plus étroits des responsabilités cliniques et économiques sont visés afin de réduire la distinction entre le monde des gestionnaires et des professionnels de santé (Deroux 2004). Les modifications internes peuvent porter sur des mécanismes qui vont changer l'organisation générale de l'hôpital et opérer des changements dans les méthodes de travail clinique (Lega and Depietro 2005). Parmi ces mécanismes on peut citer en Afrique certains qui s'ébauchent tels que la planification avec le projet de développement quinquennal pour orienter l'hôpital (Sénégal, au Burkina Faso, en Gambie etc.), la programmation budgétaire concertée à l'hôpital entre le Ministre de la santé et le directeur général de l'établissement d'une part (Cas au Sénégal, Burkina Faso, Côte d'ivoire, Guinée) et d'autre part entre le directeur général de l'établissement et les médecins chefs (Cas au Ghana, Zambie, Mauritanie, Kenya, Ouganda, et au Burundi) avec parfois un système de contrôle de l'action des services de spécialité (Balique 2004; McPake 1996; Condé, Camara et al. 2004). Des mécanismes de contrôle budgétaire sont aussi souvent utilisés (Cote d'ivoire, Sénégal) alors que dans les faits il existe une faible responsabilisation des unités cliniques quant à l'utilisation des ressources déléguées (Bah, Daff et al. 2004, Touré 2004).

Ces paramètres de conception sont de moindre importance dans les bureaucraties professionnelles. Aussi compte tenu du pouvoir important que conservent les médecins

dans l'établissement hospitalier et la nature complexe des activités hospitalières, un tel contrôle peut s'avérer compliquer (Mintzberg 1982, 1997).

La direction générale de l'établissement hospitalier pourra se trouver dans une situation délicate car elle doit contrôler les unités sans trop restreindre leur autonomie. Trois mécanismes de coordination sont envisageables pour atteindre cet objectif : la supervision directe, la standardisation des résultats et celle des qualifications (Mintzberg 1982, 1997). Les opérateurs créent des règles professionnelles pour se protéger tandis que l'administration hospitalière fait aussi des règles pour coordonner le travail des opérateurs. La structure est alors doublement centralisée, ce qui correspond à une forme de démocratie potentiellement pervertie (Mintzberg 1982), son extrême rigidité le rend moins capable de servir ses clients ou de satisfaire les besoins d'ordre plus élevé de son personnel. Le pouvoir est centré au niveau des opérateurs, ils sont les détenteurs d'influence interne au bas de la hiérarchie (Mintzberg 1982, 2006). Ils agissent pour accomplir des rôles intériorisés lors de leur processus de formation et qui coordonne leur action (standardisation des qualifications). La standardisation des qualifications d'usage peut être peu puissante car elle ne parvient pas malgré tout à régler tous les problèmes qui peuvent surgir dans l'établissement hospitalier.

Le programme de formation professionnelle ne peut donner toutes les aptitudes et toutes les connaissances nécessaires, le professionnel tend à s'identifier plus avec sa profession qu'avec l'organisation où il la pratique (Perrow 1965; Mintzberg 1982). Dès lors, il peut être nécessaire de développer des processus dans le sens de renforcer l'allégeance des individus à l'organisation. Dans les établissements hospitaliers, il est prévu que des initiatives soient développées pour socialiser leurs membres à leur propre profit, car il existe peu de mécanisme formel par lequel le nouvel arrivant apprend le système de valeurs, les normes, et les comportements de l'hôpital ou du groupe professionnel qu'il rejoint qui sont pourtant essentiels (Balique 2002; Bah, Daff et al. 2004). Un tel processus est susceptible de rentrer en contradiction avec les normes professionnelles intériorisées par les professionnels de santé en dehors de l'organisation, il est crucial cependant pour le besoin de coordination car l'organisation a besoin d'être sûre que l'individu qui travaille de façon autonome agira dans l'intérêt de l'organisation (Mintzberg 1982).

*Développement de nouvelles structures de gestion dans les services de spécialité*

La réorganisation interne des établissements hospitaliers est affectée par le degré de rigidité des barrières professionnelles (Lega and Depietro 2005). Dans ces conditions, la délégation des responsabilités du directeur général auprès des services de spécialité postulée ne pourra être réelle car le pouvoir est basé d'une part sur la position (cas des administrateurs hospitaliers et des chefs de service) et sur le savoir (avec les professionnels de santé) plutôt que seulement sur l'appartenance à l'organisation.

Le problème des professions dans une organisation de soins est défini à partir des luttes des membres pour déterminer les tâches distinctes dans le processus de soins d'une part et d'autre part par la tendance d'aller vers un rôle supplémentaire de médecins (Mintzberg 1982; Kinston 1983). Ceci pose la question de la substitution du personnel par des personnes de qualifications différentes qui reflètent l'accent sur la compétence plutôt que les qualifications. Les médecins et les infirmiers effectuent beaucoup de tâches qui pourraient être mieux entrepris par d'autres professionnels et vis versa mais le changement n'est pas facile surtout lorsque les professionnels ont établi de façon statutaire des tâches à accomplir.

La conception fonctionnelle des hôpitaux basée sur les disciplines ou les spécialités est en lutte pour répondre aux formes organisationnelles émergentes à partir des besoins du domaine médical. La fragmentation actuelle des services de spécialité dans beaucoup d'établissements hospitaliers africains, indique un besoin d'intégration de ces derniers par un renforcement de la qualité de la collaboration entre les unités et les professionnels de santé, qui doivent travailler ensemble afin de réduire leur degré de différence (Bah, Daff et al. 2004). Couramment le degré de différence entre les unités s'explique par le temps, les buts, les relations interpersonnelles et le formalisme de la structure qui toutes reflètent le degré de spécialisation horizontale (Lawrence and Lorsch 1967).

La dispersion physique des services techniques de spécialité, est aussi un phénomène organisationnel répandu dans beaucoup d'hôpitaux en Afrique pour faire face à des situations complexes. Elle reflète une décentralisation qui n'a rien à voir avec le contrôle sur les décisions (Balique, 2004). En faite la conception fonctionnelle est appropriée quand l'organisation fonctionne dans un environnement relativement stable et simple (Lega and

Depietro 2005 ; Burns and Stalker 1966). Les pressions politiques externes imposées par les partenaires au développement, les gouvernements et les usagers des établissements hospitaliers semblent contraindre les établissements hospitaliers dans les pays en développement à évoluer dans un environnement extrêmement turbulent (pressions des citoyens, le recouvrement des coûts, la qualité des soins, etc) (McPake 1996; Balique 1999, 2004; Deforges 1998).

En réponse à cette situation de turbulence, les établissements hospitaliers ont été amenés à développer et diversifier leurs services sans être capable d'assurer une coordination efficace au niveau des unités de soins. Les décisions sont toujours restées centrées au sommet, ce qui semblait rendre inefficace l'assignation des ressources vers le bas de la hiérarchie. La subdivision des unités crée un potentiel de soins plus importants destinés aux patients mais pose des problèmes d'intégration et de coordination de soins liés à la fragmentation dans leur production ce qui contredit avec une volonté d'autonomisation des services médicaux postulée dans la majorité des cas de réformes hospitalières rapportées dans les pays en développement (Lega and Depietro 2005; Kinston 1983).

Depuis 1992, dans le cadre des changements structurels opérés au sein des services de spécialité, beaucoup d'établissements hospitaliers ont opté pour un regroupement vertical intégré de leurs services de spécialité (Bah, Daff et al. 2004). Ceci visait à créer des pôles de spécialités pour formaliser les comportements le long du processus de soins selon les unités fonctionnelles ou sur la base des produits semblables tels les organes comme le cœur, le foie, l'appareil digestif et/ou sur la base des marchés (catégorie de malade). Une telle transformation de structure devra permettre de révolutionner la pratique médicale par une meilleure intégration des services qui devra permettre la production d'une meilleure qualité de soins.

Finalement, le transfert interne des responsabilités du directeur général vers les services de spécialité semble être un moyen pour donner à des unités regroupées les pouvoirs qui leur sont nécessaires pour fonctionner de façon quasi autonome. Ce qui devient important n'est pas de coordonner le travail entre les services par ajustement mutuel ou la planification des actions, mais surtout de s'assurer que l'autonomie est bien utilisée, que chaque service

concourt aux buts considérés comme importants par le sommet stratégique de l'établissement.

La supervision directe est d'un usage limité car nous sommes bien dans des bureaucraties professionnelles. Il s'agit d'accorder une importante liberté d'action, et intervenir lorsque le comportement du service sort de normes, mais pas trop fort afin de ne pas supprimer l'autonomie et amener les professionnels à se rétracter.

Le travail des médecins et des infirmiers est professionnel, ceux-ci préféreraient les structures décentralisées sans doute parce qu'elles leur permettent de mieux accomplir leur travail professionnel. Ils ont besoin d'autonomie considérable dans leur travail, la coordination s'effectue surtout par le jeu de standardisation des qualifications qui est un mécanisme proche de l'extrémité décentralisation dans le continuum. L'ordre est maintenu par un ajustement mutuel et un contrôle effectué par les pairs, ceci réduit le rôle de contrôle de l'administrateur hospitalier. La standardisation des qualifications réalise une bonne partie de la coordination nécessaire dans le centre opérationnel.

Le regroupement est en fait un mécanisme de coordination fondamental (Mintzberg 1982; Litterer 1973). Il vise à permettre la nomination d'une seule personne responsable de toutes les actions en reliant les chefs de services par une autorité formelle, donc les amener à partager certaines ressources, budget, espace et équipement. Chaque unité possède ses ressources et utilise certains services qui viennent de la structure commune (les salles de consultations et les équipements médicaux technique etc), à laquelle en retour elle devra contribuer par ses surplus et ses profits (Balique 2002).

Les critères de regroupement des services de spécialité dans le contexte africain mis en avant semblent être les interdépendances liées à la spécialisation et à des économies d'échelle. Les médecins de même spécialité devraient être regroupés pour former des tailles d'équipes importantes au sein d'un même service et sous une responsabilité unique (une seule chefferie). Les rivalités intra corporatistes et les aspirations de carrière n'encouragent pas toujours le regroupement des spécialistes de même discipline ou de disciplines sensées complémentaires surtout lorsque les chefs de services sont jugés loin des réalités de la discipline ou ne partagent pas les mêmes aspirations que les autres professionnels dans les services (Balique 2002; McPake 1996; Bah, Daff et al. 2004).



Le regroupement des médecins des spécialités peut déboucher sur des conflits internes capables de bloquer le développement de la spécialisation de haut niveau attendue dans leurs domaines respectifs donc capable de contrarier avec l'effet positif attendu d'un tel choix. En principe lorsque les professionnels spécialistes de même discipline médicale se retrouvent, ils apprennent les uns des autres et se développent professionnellement à travers le jugement effectué par les pairs (Gosselin 1984; Mintzberg 1982).

*Révision des modes de collaboration interprofessionnelles : intervention en équipes pluridisciplinaires*

Les difficultés de mobilisation des ressources hospitalières et les capacités faibles des États africains de façon générale à financer leurs hôpitaux ont été mises en avant pour envisager la création de groupes professionnels plus importants pour atteindre une taille suffisante pour un financement efficace. Dans les faits, il semble que ce sont plutôt les interdépendances sociales qui prévalent avec des professionnels de santé qui craignent pour la stabilité de leurs emplois, ils forment des groupes de façon à faciliter le support mutuel dans l'environnement hospitalier changeant qui leur paraît parfois hostile (Balique 2004; Acodess 2001). Dès lors, les personnalités entrent en jeu comme facteur important dans la conception de l'organisation hospitalière où les individus préfèrent être regroupés avec ceux avec lesquels ils s'entendent bien. Ce sont les liens spontanés et flexibles qui existent entre les membres de l'organisation sur la base de sentiments et d'intérêts personnels, ils forment la structure informelle (Ouchi and McGuire 1979; Dalton 1959). Ces liens sont indispensables au fonctionnement de la partie formelle de l'organisation.

Les interdépendances entre les professionnels de santé que nous avons évoquées dans les paragraphes précédents semblent peu encouragées dans le processus de changements structurels des services de spécialité car jugées informelles, et pourtant elles peuvent aider à contrôler les membres du corps médical qui est à priori ardu surtout avec de nombreuses équipes de travail. En plus, elles soutiennent la structure sociale informelle qui est en faveur de la standardisation des qualifications, ce qui est une caractéristique centrale de la bureaucratie professionnelle (Ouchi and McGuire 1979; Mintzberg 1982, 1997).

La coordination en spécialité encourage la coordination à l'intérieur des groupes aux dépens de la coordination entre les groupes professionnels multidisciplinaires (Lawrence and Lorsch 1967). Ce caractère distinct de différentes bases de légitimité peut permettre des niveaux élevés de pouvoir et d'autonomie professionnelle (Sicotte 1987). Les services peuvent tendre à régler leurs propres problèmes internes en étant distant des autres services de spécialité surtout quand leurs chefs sont d'allégeances différentes (Balique 2004).

Ces dernières années, les organisations développent des mécanismes pour encourager les contacts entre les individus et ces mécanismes peuvent être incorporés à la structure formelle (Mintzberg 1982). Ces mécanismes de liaison (les comités et des commissions abondent) représentent un développement contemporain très important depuis l'introduction des changements structurels dans les établissements hospitaliers en Afrique (Bah, Daff et al. 2004; Médard 2001).

La création de ces espaces de liberté est aussi une forme d'encouragement à plus de participation des différents acteurs hospitaliers. Elle vise une démocratisation dans la gestion des services par l'existence d'organes de gestion spécifique dédié à chaque groupe professionnel (Touré 2004; Bah, Daff et al. 2004). Cette forme de participation peut provenir du fait qu'elle fournit aussi un autre forum pour la résolution des conflits et qu'elle donne à la direction de l'établissement d'autres moyens pour susciter le suivi de ses directives.

Les organisations professionnelles ne sont pas démocratiques car le pouvoir est inégalement repartit tant que le savoir n'est pas distribué de façon uniforme, par exemple dans les établissements hospitaliers, les infirmiers et les nouvelles professions émergentes (assistants médicaux) avec des statuts semblables à ceux des médecins demandent leur statut et une reconnaissance formelle de leurs rôles. La démocratisation des services de santé ne dépend pas de la générosité de ceux qui disposent du pouvoir formel. Elle devait permettre de repartir de droit le pouvoir entre tous les membres de l'organisation (Mintzberg 1982). Les professionnels de santé sont parfois consultés sur des décisions, encouragés à prendre eux mêmes des décisions dans certains domaines soumises au veto des supérieurs et de l'administration hospitalière (Bah, Daff et al. 2004; Balique 2004; Médard 2006).

Le transfert des responsabilités des services de spécialité promu par la délégation interne semble plutôt sélective que globale (Balique 2004), les décisions différentes sont encore prises à des endroits différents de l'organisation, par exemple les décisions financières et administratives fortes sont prises par le sommet stratégique (le conseil d'administration, les directions générales des établissements hospitaliers entériné par la tutelle du Ministère de la santé), les décisions de production au bas de la ligne hiérarchique c'est-à-dire au niveau des opérateurs dans les services de spécialité.

A défaut d'organigramme dans les services de spécialité pour indiquer la répartition des responsabilités et des tâches entre les postes au niveau opérationnel et les relations de commandement possibles, pour agir sur la surface de contrôle, certains établissements hospitaliers africains ont adopté des structures organisationnelles très souvent aplaties (Balique 1999, 2004). Elles sont composées de groupes d'effectifs plus importants et comportant un nombre plus faible de niveaux hiérarchiques avec parfois la création de direction médicale, administrative et comptable auxquelles sont rattachées respectivement les unités fonctionnelles techniques, administratives et financières. Classiquement, l'organigramme est une image symbolique de la hiérarchie, donc il représente le résultat du processus de regroupement (Mintzberg 1982) tout en mettant en évidence la répartition hiérarchique des responsabilités entre les différents services.

La modification rapportée en changeant un peu la structure existante (Balique 2004) par la création des directions que nous avons rapportées dans le précédent paragraphe constitue une forme plutôt limitée de délégation, les directeurs peuvent bien déléguer une partie de leur pouvoir vers le bas dans la ligne hiérarchique ou à des fonctionnels mais rien ne les y oblige.

En conclusion, le transfert des responsabilités du Ministre de la santé vers les établissements de santé n'est pas encore rendue où chaque hôpital africain et ses médecins peuvent se sentir responsables de leurs résultats, la compétence à gérer les affaires des services semble tarder à prendre une grande importance pour les médecins appelés à contrôler les services de spécialité (Deroux 2004; McPake 1996; Bah, Daff et al. 2004). Un tel mécanisme était attendu pour rendre effectif le prolongement du processus de transfert attendu des attributions du directeur général de l'établissement hospitalier vers les chefs de

services de spécialité pour une intégration véritable des médecins et des autres professionnels de santé et la gestion de l'hôpital.

### **2.2.3 Les relations de pouvoir entre les groupes d'acteurs dans le cadre de la transformation de l'hôpital**

La transformation de structure ne saurait se mener dans les établissements hospitaliers sans tenir compte du contexte et des jeux de pouvoir des acteurs en présence (gestionnaires versus médecins versus infirmiers). Plusieurs groupes d'intérêt gravitent autour d'un établissement hospitalier, selon les théories du pouvoir nous présentons une synthèse des enjeux associés à la transformation hospitalière pour les différents groupes d'acteurs et leurs stratégies d'action pour l'influencer.

#### **2.2.3.1 Les positions des acteurs et les tensions dans la transformation hospitalière**

La perspective classique du design organisationnel représente la structure sous l'angle d'un arrangement rationnel soumis à des impératifs d'efficacité et aux pressions exercées par l'environnement (Lawrence and Lorsch 1967; Woodward 1965; Perrow 1965; DiMaggio and Powell 1983). Cette conception de la structure tient peu compte du rôle des acteurs organisationnels dans l'élaboration et la transformation des structures organisationnelles. Une organisation professionnelle comme l'hôpital regorge des professionnels agissant pour accomplir des rôles intériorisés par la formation et qui coordonne leur action (standardisation des qualifications). La standardisation des qualifications encourage le processus de mode d'action tout comme le processus de classement et l'affiliation professionnelle. Traditionnellement la prise de décision était dominée par les médecins avec des buts critiques liés à leur statut professionnel non conforme aux buts organisationnels pour le maintien des ressources (Lega and Depietro 2005; Mintzberg 2006). Donc, l'action est plus tenue par des valeurs et des croyances, comme disait Weber (1971), « une action rationnelle en valeurs qui caractérise cette forme d'organisation spécifique ». Les professionnels sont très influents, dans les faits ils sont les détenteurs d'influence interne et consacrent le pouvoir au niveau du centre opérationnel (Mintzberg 1982, 2006). L'ordre est maintenu par un ajustement mutuel et un contrôle effectué par les

pairs, ceci réduit le rôle de l'administrateur professionnel (directeurs des hôpitaux) situé à la frontière de l'organisation entre les professionnels à l'intérieur et les détenteurs d'influence externes (gouvernements, associations de clients..). Selon Etzioni (1959), il est responsable des activités secondaires et administre les moyens mis à la disposition de l'activité principale qui est celle des experts. Cependant son rôle va au-delà de l'aide aux professionnels pour prendre des initiatives stratégiques en utilisant surtout son pouvoir informel (Mintzberg 1982). D'où la nécessité d'employer les médecins et infirmiers de façon subtile suivant les règles de gestion qui peuvent aligner autant que possible leurs intérêts avec les buts organisationnels (Lega and Depietro 2005). Stolte (1979) a proposé l'idée d'un compromis entre médecins et administrateurs hospitaliers comme manière de résoudre la fragmentation traditionnelle typique des bureaucraties professionnelles. Il s'agit d'un compromis qui implique d'une part la bureaucratisation simultanée de la profession médicale et de l'autre côté la professionnalisation de la gestion. Un tel compromis est nécessaire pour effectuer la gestion des professionnels, mais aussi les outils de gouvernance sont des moyens pour rapprocher les deux cultures. On peut évoquer une reformulation de la problématique pour dépasser les conséquences secondaires inattendues contraires aux objectifs d'efficacité et faire avec des erreurs et des dysfonctions intrinsèques (Merton 1940 in Rouleau 2007). Le cadre hospitalier devient alors difficile à circonscrire car cohabitent plusieurs formes d'organisations du champ bureaucratique, avec des règles fixées par l'autorité extérieure (le ministère de la santé, les ordres professionnels, les instituts de formation), des règles élaborées de manière collégiale (entre différentes corporations médicales et membres de la même corporation) et des règles imposées sous peine de sanction par la direction de l'hôpital et les autres structures de gestion. Le caractère fonctionnel de cette confusion de rôle s'accroît dramatiquement lors d'un renouvellement du mode de gestion et par le renforcement des alliances entre les différents ordres professionnels (médecins versus infirmiers). Les décisions collectives importantes seront plus influencées par les processus de nature collégiale et politique (Mintzberg 2006,1997; Contandriopoulos, Contandriopoulos et al. 2005). Donc en agissant plus sur le design organisationnel, on vise à apporter une réponse aux tentatives de réorganisation des hôpitaux par l'intégration et la gouvernance clinique en tenant compte du processus lent d'évolution des professionnels.

### **2.2.3.2 Les jeux de pouvoir dans le cadre de la réforme hospitalière**

Les réformes octroient aux acteurs du domaine sanitaire un rôle plus moteur. Dans le cadre général d'un encouragement à la coopération, les textes mis en place dans le cadre des réformes dans les pays en développement ont, en particulier, formellement reconnu l'intérêt d'une plus grande intégration professionnelle et gestionnaire. Toute structure d'action collective se constitue comme un système de pouvoir, toute analyse sérieuse de l'action collective doit donc mettre le pouvoir au centre de ses réflexions. Les hôpitaux sont des organisations autonomes avec des professionnels autonomes et fortement syndiqués, leur mobilisation en faveur des orientations de la réforme n'est pas toujours évidente. La gestion est par ailleurs complexifiée par la coexistence de plusieurs logiques de régulation : politique, bureaucratique, professionnelle et gestionnaire. Les acteurs ne sont jamais totalement libres, l'organisation est le royaume des relations de pouvoir, de l'influence, du marchandage et du calcul. Donc, l'acteur n'existe pas en dehors du système qui définit sa liberté et sa rationalité dans son action. La conception hospitalière en émergence prend une forme tributaire des pratiques professionnelles dont l'enjeu central à la modification est la confiance que les professionnels ont envers l'organisation. L'action collective va reposer sur un minimum d'intégration des comportements des individus ou des groupes en présence donc l'intégration des services repose d'avantage sur des enjeux humains et cliniques qu'organisationnels. Il s'agit d'un construit social dont le problème reste la coopération (Crozier et Friedberg 1977; Friedberg 1993). Ainsi l'autorité formelle des gestionnaires et le caractère coercitif des instruments réglementaires utilisés pour imposer la réforme par la loi hospitalière peuvent entraîner des dysfonctionnements car le changement ne peut se définir comme l'imposition. Ce n'est pas tant la rigueur des principes, la rationalité du modèle proposé ou la pureté des intentions qui commandent les résultats d'une action (Crozier et Friedberg 1977) et d'une réforme, mais l'impact de celle-ci sur les mécanismes de jeux. Dès lors la nouvelle conception de l'hôpital semble avoir pris à priori pour acquis la motivation des acteurs et occulter leur recherche du pouvoir. Le pouvoir associé aux professionnels est un élément central à l'analyse, et les structures et les règles qui gouvernent le fonctionnement officiel de l'établissement déterminent les lieux où des relations de pouvoir pourront se développer. Elles créent et circonscrivent des zones

d'incertitude organisationnelles que les individus tentent de contrôler. Les actions des acteurs vont se situer dans un champ inégalitaire structuré car les uns et les autres ont une volonté de contrôle des zones d'incertitudes. Avec des professionnels de santé, dotés du pouvoir d'expertise avec des règles organisationnelles générales, la structuration du jeu par la collaboration semble se complexifier pour permettre une appropriation de la dynamique du changement. Les limites des moyens coercitifs utilisés (arbitraires imposés par des personnes) commandent à recourir plutôt à des incitatifs pour renforcer la contribution de tous. D'où l'importance extrême du processus de coordination et d'intégration à travers lequel les compromis, donc les décisions peuvent être obtenues. Les instances régulatrices devront s'identifier aux intérêts qu'elles contrôlent et s'engager résolument à structurer le jeu collectif indépendamment des particularités individuelles. La régulation est le produit d'un ensemble de relations, ce ne sont pas tant les hommes qui sont régulés et structurés, mais les jeux qui leurs sont offerts (Crozier et Friedberg 1977).

Les orientations stratégiques et les opérations de l'hôpital sont fortement influencées par les activités et les aspirations de trois principaux groupes de professionnels (gestionnaires, médecins, infirmiers) autonomes très qualifiés et à même d'exercer ce genre d'influence. Les décisions cliniques individuelles des médecins influencent les actions et les décisions de l'hôpital ; les infirmiers en tant que groupe organisé valorisent des projets professionnels qui influencent les activités hospitalières ; finalement les gestionnaires ont une responsabilité reposant spécifiquement sur la dimension financière et sont de fait imputables face aux autorités. L'hôpital est donc un compromis social qui renvoie à des règles de jeux, c'est-à-dire des mécanismes de formation des décisions légitimes afin de combiner l'unité de gestion et la représentation d'intérêts sociaux divergents ou conflictuels. Les règles formelles et informelles permettent aux acteurs fortement autonomes d'entrer en rapport. Elles ont un double sens à savoir qu'elles déterminent la répartition des pouvoirs, les droits et les responsabilités respectives des parties (médecins, gestionnaires, infirmiers), et aussi leurs avantages et leurs intérêts. Ensuite elles précisent les procédures de prise de décisions qui permettent l'organisation interne de l'hôpital et des services de spécialité. Elles sont à la fois contraintes, expressions et renforcement des rapports entre dirigeants et acteur, entre groupes d'acteurs et entre dirigeants avec les instances de gestion. Ce produit social est matérialisé par différentes conventions et contrats existant dans certains pays comme le

contrat de performance, la convention hospitalo-universitaire, la convention collective, le code du travail concernant les médecins, les gestionnaires, et les infirmiers. Tout en respectant les règles de jeu, les différents acteurs tendent à renforcer leur position dans les mécanismes de prise de décision et ainsi obtenir des décisions qui leur soient favorables. Ils peuvent contourner le cadre de relative stabilité formelle dans certaines limites selon l'existence de zones d'incertitudes (restriction d'accès à certaines catégories d'acteurs). Ainsi ceux qui paraissent potentiellement plus faibles comme les infirmiers par exemple sont capables d'utiliser l'incertitude et des tactiques pour se dégager une marge de pouvoir par un jeu d'influence sur les autres. Ceci a une importance extrême sur le processus de coordination et d'intégration à travers lequel les compromis peuvent être obtenus et permettre à l'hôpital d'assurer pleinement sa mission.

### **2.3 Cadre d'analyse**

Notre étude vise à comprendre de quelle manière l'hôpital public malien s'est transformé sous la pression de la réforme hospitalière de 2002 qui favorise une décentralisation des pouvoirs de l'Etat et d'étudier comment les groupes d'acteurs réagissent face à ces changements.

Sur la base des quatre dimensions de la décentralisation présentées dans les deux premières parties de l'état des connaissances, un premier cadre d'analyse a été construit afin d'analyser, la logique des transformations structurelles des établissements hospitaliers et l'écart entre les effets recherchés et ces dernières. Dans un second temps, nous nous appuyerons sur le cadre d'analyse stratégique de Crozier et Friedberg (1977) pour tenter de comprendre les enjeux associés à l'émergence de la nouvelle forme organisationnelle de l'hôpital pour les différents groupes d'acteurs gestionnaires, médecins et infirmiers et analyser leurs stratégies d'action pour l'influencer.

Les deux cadres d'analyse permettent de qualifier du point de vue politique le type de décentralisation visé et de comprendre les stratégies mobilisées par les groupes d'acteurs (médecins, infirmiers et gestionnaires). Il est important de savoir le type de décentralisation mise en œuvre et comment les acteurs se comportent face au changement, dans ce sens les



deux cadres permettent d'apprécier ces deux aspects. Ils sont complémentaires et nécessaires pour analyser de façon complète la réforme qui est un changement global. Dans cette perspective, les cadres rendent visibles les réactions des acteurs dans un contexte de changement organisationnel.

Les organisations hospitalières sont perçues comme des entités dans lesquelles tous les acteurs (médecins, gestionnaires, infirmiers) interagissent. Comprendre la réforme revient, des lors à analyser simultanément les dimensions des transformations dans la structure ainsi que les interrelations existantes entre elles et le comportement des acteurs. Telle est l'idée du modèle de décentralisation et de celui d'analyse stratégique de Crozier et Friedberg qui sont présentés dans les tableaux 1 et 2 ci-dessous. L'utilisation des deux modèles stipule qu'afin d'analyser une réforme de décentralisation étatique, un hôpital public doit démontrer sa capacité à assurer certaines fonctions essentielles et négocier ces relations avec les acteurs externes (tutelle, partenaires etc.) et les acteurs internes. Cette conception de l'analyse de la réforme hospitalière permet de tenir compte de ces fonctions ou dimensions clés en intégrant l'approche de l'analyse stratégique dans les organisations. De façon plus explicite, les deux modèles renvoient tant aux composantes essentielles de la réforme par la décentralisation étatique (réforme administrative et politique – effets recherchés – mécanismes mis en place - transformations effectuées) qui définissent la logique de la réforme et les écarts entre ce qui était prévu et ce qui a été réalisé mais aussi un système d'action qu'à la nature des relations entre ces composantes et les jeux d'intérêts défendus par les acteurs. Enfin, l'utilisation des deux modèles s'intéresse tant à la manière dont l'hôpital remplit ses fonctions clés (gestion des ressources financières, des ressources humaines et matérielles) qu'à la nature de l'équilibre entre l'exercice de ces fonctions et les intérêts des acteurs médecins, infirmiers et gestionnaires. L'originalité de l'utilisation subséquente de deux modèles délaisse la vision réductrice de l'analyse du changement organisationnel de l'hôpital public en Afrique (McPake 1996; Balique 2004, 1999; Touré 2004; Condé, Camara et al. 2004; Bah, Daff et al. 2004; Banque Mondiale 1996; Mills, Vaughan et al. 1996; Fall 2004; Folz 1994) qui était focalisée uniquement à l'évaluation de l'exercice des fonctions transférées de la tutelle vers l'établissement hospitalier pour adopter une vision misant sur la complémentarité par une approche d'analyse plus globale

de la dynamique du changement en prenant en compte la réaction des acteurs internes et externes face au changement (Crozier et Friedberg, 1977).

### **2.3.1 Cadre d'analyse de la logique de transformation structurelle hospitalière**

Le tableau 1 ci-dessous représente le premier cadre d'analyse de notre recherche. Il s'agit d'un modèle multidimensionnel qui prend en compte les fonctions transférées à un organisme décentralisé (ici, l'hôpital) que sont, l'obtention des recettes, l'exécution et le contrôle des budgets, la gestion des ressources humaines, la planification et l'affectation des ressources, la collaboration interprofessionnelle, la motivation du personnel, la fusion des équipes de travail. Chaque fonction correspond à un changement dans la structure de l'hôpital et se définit comme suit : *Obtention de recettes* : établissement et mise en œuvre de mécanismes permettant de réunir les fonds nécessaires au financement de l'hôpital, par exemple, la fixation du tarif des prestations et leur mobilisation. *Exécution et contrôle des budgets* : prise de décisions concernant l'attribution des budgets, le choix des dépenses, la passation des commandes de fournitures et d'équipement, le paiement, et le contrôle direct du fonctionnement des services de l'hôpital. *Gestion des ressources humaines* : prise de décision concernant le recrutement, l'affectation, les sanctions, les nominations, l'établissement et la mise en œuvre de programmes de formation pour les différentes catégories de personnel. *Planification et affectation des ressources* : la fixation des grandes orientations et de la politique à suivre pour l'hôpital, programmation et formulation de plans à court et à long terme pour le développement de l'hôpital. *Collaboration interprofessionnelle* : la coordination entre les services de spécialité et les départements, l'intervention en multi-spécialités autour des patients, communication entre les différents intervenants et l'exécution d'activités conjointes. *Motivation du personnel* : l'adoption de mesures d'encouragement, répartition des émoluments entre le personnel par exemple : attribution de primes de garde et de rendement selon les critères propres. *Fusion des équipes professionnelles* : le regroupement des services de spécialité en bloc de département, la formation d'équipes pluridisciplinaires, établissement et mise en œuvre de programmes d'intervention conjoints pour les différentes spécialités.

Ce modèle s'adapte aux caractéristiques des établissements hospitaliers car il permet de rallier l'analyse organisationnelle et diverses conceptions des transformations structurelles par la décentralisation. L'orientation politique de la réforme et l'importance des responsabilités transférées (la marge de manœuvre ou la capacité dans la prise de décision qu'elle soit partielle, totale etc. référé à la section 1, tableau 1) pour chaque fonction du niveau central à l'organisme périphérique vont déterminer le type de décentralisation adopté. Par exemple, pour l'obtention des recettes, l'hôpital ne pouvait collecter que l'argent dans certains cas rapportés par la littérature à travers le recouvrement des coûts tandis que le Ministre de la santé décidait de la fixation du montant des tarifs des prestations de soins à la charge du patient. Pour les éléments caractéristiques des diverses fonctions mentionnées ci haut et consignées dans le cadre d'analyse (section 2 et 3, tableau 1), les responsabilités assumées par l'hôpital public vont permettre de classer la décentralisation dans les catégories « déconcentration », « délégation », « dévolution » et « privatisation ». L'importance des responsabilités attribuées dans chaque cas à partir des caractéristiques de chaque fonction suscitée (selon les effets recherchés, les mécanismes mis en place et les transformations effectuées) à l'hôpital caractérise le type de décentralisation qui peut prendre plusieurs variantes. Les formes d'administration locale comportant une large autonomie sont plutôt rares dans les pays en développement; en revanche, on y crée des établissements locaux qui assurent une certaine autonomie sur le plan local tout en laissant un rôle important à l'échelon central, notamment en matière de politique générale et de ressources. Donc, il ne faut voir dans les quatre types de décentralisation présentés ici dans le modèle (tableau 1) des modalités nettement tranchées. Les caractéristiques de la déconcentration et de la dévolution, par exemple peuvent se recouvrir, de sorte qu'une réforme menée (un changement structurel ou une fonction transférée) dans un établissement hospitalier donné peut selon l'ampleur (partielle, totale etc.) du transfert des pouvoirs être classé dans l'une et/ou dans l'autre des variantes de la décentralisation.

Le niveau 1 du tableau correspond à la définition des grandes réformes administratives et politiques selon le principe de la décentralisation, les effets recherchés et les mécanismes mis en place. Le niveau 2 traduit le potentiel des transformations structurelles dans les établissements publics de santé. Enfin, le niveau 3 rend visible les changements structurels

réalisés spécifiquement dans des établissements publics hospitaliers, ainsi qu'un survol de la situation au Mali à travers les mécanismes mis en place et les fonctions visées.

*Tableau 1 : Cadre synthétique d'analyse de la logique des transformations structurelles hospitalières*

Dimensions de la décentralisation par niveau	Déconcentration	Délégation	Dévolution	Privatisation
1. Réformes administratives et politiques	<p>Transfert partiel d'activités ou de compétences administratives ou gestionnaires d'un Ministère ou d'un système organisé et en partie géré à partir du centre. Existence de plusieurs niveaux supplémentaires dotés de pouvoir gestionnaire par ex au niveau district et ou régions, création de directions locales dotées d'une certaine autonomie à générer des recettes et faire des dépenses.</p>	<p>Transfert des responsabilités administratives et financières à des organismes spécialisés dotés d'une personnalité juridique propre, autonome et dirigé par des personnes nommées (du Ministère de tutelle à un organisme personnalisé puis à ses services internes). Adoption d'un cadre légal budgétaire comptable et tarifaire adapté.</p>	<p>Transfert de responsabilité des grandes fonctions publiques à des organismes locaux (du niveau central aux collectivités locales et à la société civile). Les objectifs sont surtout politiques. La forme et le degré de la dévolution est liée aux sources de financement de l'organisme local.</p>	<p>Transfert de fonctions administratives à des organismes bénévoles ou à des entreprises privées à but lucratif ou non.</p> <p>Développement d'initiatives émanant d'individus, d'associations, de groupes et de communautés. Transfert des prérogatives de l'état au profit du secteur marchand.</p>
1.1. Les effets recherchés	<p>Transfert de responsabilité au fonctionnaire local ou directeur de l'hôpital pour une gestion de proximité sans se référer toujours à la tutelle afin d'améliorer la capacité à répondre aux besoins locaux, la coordination et l'intégration des services techniques hospitaliers sous la direction du directeur général, une meilleure coordination interservices, un meilleur contrôle de la participation de la population, assurer un fonctionnement des services à meilleur coût.</p>	<p>Autonomie de gestion, autofinancement de l'hôpital à partir des recettes propres générées dans le respect de la réglementation gouvernementale (règles et procédures étatiques).</p> <p>Attribution de responsabilités formelles aux chefs de services techniques et assignation de ressources à leur niveau. Collaboration interprofessionnelle encouragée et renforcée par le développement des équipes multidisciplinaires.</p>	<p>Financement local intégral de l'hôpital, autorité formelle locale pour un contrôle direct accrue du fonctionnement de l'hôpital (réglementation), planification et affectation des ressources au niveau local et définition des orientations de l'hôpital (politique générale). Meilleure intégration et coordination des services techniques au niveau local.</p>	<p>Recouvrement des coûts, intervention des bénévoles et organismes privés dans des secteurs de la santé qui paraissent délicats pour le public tels que la planification familiale et les soins à domicile.</p>

Dimensions de la décentralisation par niveau	Déconcentration	Délégation	Dévolution	Privatisation
1.2. Mécanismes mis en place à l'hôpital	<p>Création d'un ou de plusieurs niveaux supplémentaires dotés d'un pouvoir gestionnaire par exemple région et ou hôpital avec un statut d'organisme déconcentré avec délégation à ces niveaux de certaines fonctions administratives : budget et dotation en personnel bien définie par le Ministre de la santé, information des planificateurs du niveau central sur les besoins de l'hôpital ou de la région. Attribution de pouvoir gestionnaire uniquement au directeur général de l'hôpital.</p>	<p>Attribution de statut juridique spécifique à l'hôpital; mise en place de conseil d'administration autonome; signature de contrat d'objectif et de moyen entre hôpital et tutelle; notification du budget de l'hôpital par le Ministre de la santé et génération de recettes propres à l'hôpital dans le respect des mesures restrictives et de la réglementation gouvernementale (les textes sur la répartition des responsabilités, les lois et les normes).</p> <p>Attribution de budgets au service de spécialité; les incitations et la motivation du personnel à une meilleure collaboration interprofessionnelle, une meilleure coordination interservices, la formation du personnel, les activités personnalisées.</p>	<p>Autonomie de décision et dans la gestion des services de santé par les autorités locales, apport de subventions directes à l'hôpital par le niveau local, passage de la cogestion à l'autogestion avec les populations locales qui définissent les orientations de l'hôpital (politique générale) dans le respect des valeurs locales.</p> <p>Prise de décision interne à l'hôpital concernant le fonctionnement quotidien de l'hôpital en ce qui a trait à l'affectation du personnel dans les services techniques, la collaboration interprofessionnelle, la coordination interservices, la formation du personnel à l'interne.</p>	<p>Participation du secteur privé dans la production des services de santé par le désengagement de l'état au profit du secteur marchand privé pour certains services, recouvrement des coûts supportés par l'utilisateur uniquement.</p>
1.3. Changements structurels de l'hôpital	<p>A l'hôpital le pouvoir est centré au niveau du directeur général, possibilité de générer des recettes limitées et fortement encadrées par la tutelle, l'élaboration de la politique générale et de la réglementation se fait au niveau de la tutelle, la direction de l'hôpital est peu responsable de l'affectation et la planification des ressources (Cas au Ghana et Tanzanie).</p> <p>Le directeur de l'hôpital a peu d'emprise sur la gestion du personnel (recrutement et formation, la collaboration interprofessionnelle), l'attribution et l'exécution du budget, et la gestion des rapports interservices.</p>	<p>Transfert du pouvoir du directeur général auprès des chefs de services techniques et intégration des professionnels de santé à la gestion, donc autonomie des services et attribution de budget, autonomie de gestion de l'hôpital avec possibilité de générer des recettes propres, motiver le personnel et faire certaines dépenses de fonctionnement sous contrôle du ministère de la santé tels l'approvisionnement, l'entretien des locaux et du matériel et le recrutement des contractuels.</p>	<p>Possibilité de générer des recettes propres, participation massive des populations à la définition des priorités de l'hôpital à travers le conseil de santé, le directeur d'hôpital est un fonctionnaire nommé par le Ministre de la santé. Il doit se référer à l'autorité locale pour ses prises de décision. La dévolution ne cite pas clairement le personnel ni moins les mécanismes de sa gestion.</p>	<p>L'utilisateur supporte totalement le coût des soins, la gestion est totalement autonome et incombe à l'établissement contractant avec l'état en ce qui concerne le personnel, la génération de recettes et son utilisation, le fonctionnement interne, la planification et l'affectation des ressources cependant la réglementation et la législation relève de l'état (Cas d'organismes confessionnels en Afrique centrale).</p>

Dimensions de la décentralisation par niveau	Déconcentration	Délégation	Dévolution	Privatisation
<p>2. Transformations dans les établissements de santé</p>	<p>Transfert partiel du pouvoir du Ministre de la santé au directeur régional de la santé ou au directeur général de l'hôpital chargés de fonctions bien définies et dotées d'une certaine autonomie de façon qu'il puisse assurer certaines fonctions sans se référer au Ministre de la santé.</p> <p>L'hôpital reste une unité administrative subordonnée. Le personnel hospitalier peut rendre compte directement à son Ministre de tutelle (déconcentration verticale) ou à un comité de développement régional (cas du Sri Lanka) ou rendre compte à un représentant local de l'administration centrale tel le gouverneur (déconcentration intégré ou préfectorale). Le ministère de la santé n'exerce qu'une supervision technique (cas en Thaïlande et Tanzanie).</p>	<p>Transfert large du pouvoir du Ministre de la santé directement au directeur général de l'hôpital nommé, large indépendance de l'hôpital vis-à-vis du Ministère de la santé pour les fonctions déléguées, contrôle externe par le Ministère de la santé et supervision du personnel (Tanzanie, Ghana, Zambie, Burkina, Guinée, Cameroun).</p>	<p>Transfert des compétences en matière de santé aux collectivités locales décentralisées qui disposent ainsi d'une autonomie vis à vis de l'administration centrale de la santé.</p> <p>Le Ministère Santé assure la tutelle technique de l'hôpital et les Collectivités Territoriales assurent la tutelle administrative.</p> <p>L'administration locale devra apporter l'essentiel de la subvention au fonctionnement et l'hôpital pourra disposer de recettes propres. Le directeur de l'hôpital est un fonctionnaire nommé par le Ministre de la santé, il lui rend compte techniquement et rend compte administrativement au chef de l'autorité locale (Nigeria, Papouasie Nouvelle Guinée, Soudan).</p>	<p>Transfert de fonctions administratives à des organismes bénévoles ou à des entreprises privées, à but lucratif ou non, dans le cadre d'une réglementation officielle, poussée ou non.</p> <p>Développement d'initiatives non gouvernementales, à but lucratif ou non, émanant d'individus, d'associations, de groupes et de communautés, qui visent à assurer des services de soins.</p> <p>La tutelle assure pleinement le financement des soins et des services hospitaliers (délégation vers le privé), ou la tutelle assure peu ou pas le financement des services hospitaliers qui sont privés (privatisation).</p>

**Tableau 1 : Cadre synthétique d'analyse de la logique des transformations structurelles hospitalières (suite)**

Dimensions de la décentralisation par niveau	Déconcentration	Délégation	Dévolution	Privatisation
<p>1. Résultats de recherche</p>	<p>Quelques responsabilités dédiées sans pouvoir réel de décision à l'hôpital pour l'obtention et l'utilisation des recettes, les dépenses de fonctionnement et la gestion des professionnels de santé (recrutement, formation et rapport interprofessionnel), une responsabilité très limitée dans la planification et l'affectation des ressources et l'attribution du budget, très peu de responsabilité quant à l'élaboration de la politique générale de l'hôpital et la réglementation, le budget et la dotation en personnel qui restent fortement encadrés (Mills et coll, 1991 ; Touré, 2004).</p> <p>Déconcentration politique sans pouvoir de décision réelle auprès du représentant de l'état (directeur d'hôpital) qui reste totalement subordonné au Ministre de la santé pour ses prises de décision et le fonctionnement quotidien de l'hôpital (McPake, 1996). La participation de la population n'influence pas tellement les décisions du Ministre de la santé (Balique, 2004 ; MCPake, 1996 ; Touré, 2004).</p>	<p>Prise de décision centralisée et contrôle excessif du Ministre de la santé (Médard, 2006 ; Bah et coll, 2004 ; Blundo, 1998); décision interne centralisée auprès du DG et des chefs de services spécialisés uniquement sans implication des autres professionnels de santé particulièrement les médecins et les infirmiers (Bah et coll, 2004); seulement quelques responsabilités délégués à l'hôpital telles l'obtention de recettes, la planification et l'affectation interne d'une partie des ressources propres (Balique, 2004 ; Bah et coll, 2004).</p> <p>Budget de l'hôpital notifié et logé au trésor public et capacité très faible d'autofinancement; respect des procédures étatiques de gestion des fonds rigides; prise de décision presque toujours référée au Ministre de la santé qui contrôle le personnel, la formation et les procédures des dépenses pour le fonctionnement quotidien et les investissements (Médard, 2006 ; Bah et coll, 2004 ; Balique, 2004).</p>	<p>Autonomie locale partielle et faible avec quelques responsabilités fortement encadrées par la tutelle du Ministère de la santé concernant le personnel et la gestion des ressources, la faible mobilisation des ressources locales et l'essentiel des ressources viennent de la tutelle sous forme de subvention (haute main de la tutelle sur les finances) (Mills et coll, 1991), faible capacité d'action des conseils de santé. En somme pas de dévolution réelle plutôt un transfert de quelques responsabilités au niveau local (McPake, 1996).</p> <p>La Papouasie Nouvelle Guinée semble disposer d'un cas typique de dévolution avec la possibilité pour le directeur de l'hôpital de ne pas rendre compte à la tutelle de l'utilisation des ressources de base provenant du niveau national et local (Rondinelli, 1983).</p>	<p>Recouvrement des coûts délicats, faible capacité contributive des usagers et inaccessibilité aux soins (World Bank, 1986), retour au système public des soins dans certains cas ou l'organisme bénévole éprouve des difficultés financières (Cas de certains organismes confessionnels en Afrique orientale) (Mills et coll, 1991).</p>



Dimensions de la décentralisation par niveau	Déconcentration	Délégation	Dévolution	Privatisation
<p>2. Situation de la réforme de l'hôpital au Mali.</p>	<p>L'hôpital apparaît comme une unité administrative subordonnée, le directeur de l'hôpital rend compte au secrétaire général du Ministre de la santé et ou au gouverneur de la région, la gestion de son personnel relève surtout du Ministère de la santé, la gestion des ressources financières est toujours subordonnée à l'avis du Ministre de la santé, seul le directeur de l'hôpital est doté d'un pouvoir gestionnaire réel au sein de l'hôpital. L'essentiel de la subvention au fonctionnement est apporté par le Ministère de la santé en plus du recouvrement partiel des coûts auprès de l'utilisateur.</p>	<p>Attribution d'un statut spécifique à l'hôpital, certaines fonctions sont déléguées sur la base d'un contrat d'objectif et de moyen et sous contrôle strict du ministère de la santé, peu de délégation interne de responsabilités et de ressources auprès des chefs de services techniques, peu d'emprise du DG sur le personnel qui relève directement du Ministre de la santé et de l'éducation. L'essentiel de la subvention au fonctionnement est apportée par le Ministère de la santé en plus du recouvrement partiel des coûts auprès de l'utilisateur.</p>	<p>Le Mali prévoit une participation presque exclusive des populations dans le conseil d'administration de l'hôpital sans une définition claire des responsabilités et rôles des collectivités territoriales dans le fonctionnement de l'hôpital qui relève directement du Ministre de la santé. L'essentiel de la subvention au fonctionnement est apportée par le Ministère de la santé en plus du recouvrement partiel des coûts auprès de l'utilisateur.</p>	<p>La loi hospitalière prévoit l'intervention des établissements privés dans le service public de santé sur la base d'un contrat qui devra être signé entre le Ministère de la santé et ses organismes privés hospitaliers (c'est plutôt une délégation vers le privé qui est visée), et parallèlement il existe un service hospitalier privé à but purement lucratif sans relation contractante avec le Ministère de la santé soumise juste à sa supervision technique pour le respect de la réglementation gouvernementale et de la législation nationale en vigueur.</p>

### 2.3.2 Cadre d'analyse stratégique

Inspirés des travaux de Crozier et Friedberg (1977), nous avons conçu un cadre d'analyse (tableau 2) fournissant les concepts (variables) autour desquels nous amorcerons notre analyse des rapports de pouvoir entre les acteurs et groupes d'acteurs de l'hôpital. Nous croyons que l'analyse stratégique de Crozier et Friedberg (l'acteur et le système, 1977) sur laquelle est basé ce cadre fournit un cadre conceptuel suffisamment large pour comprendre les rapports de force et comment ceux-ci influencent la structure dans une organisation hospitalière. La pertinence du cadre conceptuel de Crozier et Friedberg (1977) se justifie aussi par sa capacité à rallier l'analyse collective et le changement social et donc plusieurs concepts ou dimensions de l'analyse stratégique. L'originalité et l'intérêt de ce modèle résident dans sa capacité à étudier les enjeux, les intérêts, les règles du jeu et comprendre les stratégies développées par les acteurs et groupes d'acteurs. Dans notre cas, il s'agit de groupes d'acteurs médecins, infirmiers, et gestionnaires.

Concrètement, le cadre présente deux niveaux d'analyse référés aux travaux de Crozier et Friedberg « théorie et pratique de la recherche », (1977, p391-413); Dupuis (1993) in Rouleau, 2007; Brousselle et Champagne (2004); Brousselle (2004). Il s'agit de l'analyse stratégique proprement dite et celui de l'analyse systémique qui sont explicités respectivement au niveau 2 et 3 du tableau 2 ci-dessous.

L'analyse stratégique (niveau 2) permet de comprendre comment les acteurs (médecins, gestionnaires et infirmiers) définissent le problème ou la situation dans laquelle ils participent à travers leurs comportements, les buts, et les objectifs qu'ils poursuivent. Elle nécessite également de repérer les ressources sur lesquelles les acteurs s'appuient pour arriver à leurs fins, et les enjeux de leur action c'est-à-dire ce qu'ils risquent de perdre ou de gagner. La description des comportements des acteurs et de leur influence sur le processus de réforme dans chaque établissement hospitalier sont mesurées à partir des concepts suivants : la stratégie propre à chaque groupe d'acteurs, leur stratégie liée à leur interaction et leur stratégie face aux transformations structurelles. Ces stratégies se traduisent par le choix que font les acteurs parmi un ensemble d'actions possibles pour arriver à leurs fins.

Elles peuvent être offensives lorsqu'elles visent à améliorer leur position, ou défensives, lorsqu'elles ont pour but de préserver leur marge de manœuvre.

Ce raisonnement stratégique (niveau 2) est complété par une analyse systémique (niveau 3) ou du cadre commun d'action « système d'action concret ». Le « système d'action concret » désigne la manière dont les acteurs régulent leurs relations, les mécanismes de coordination et d'équilibre qu'ils se donnent pour faire fonctionner l'organisation présentée comme des ensembles organisés. Il importe de comprendre à ce niveau les règles et les zones d'incertitude qui caractérisent le système d'action concret. Elles contraignent l'action des acteurs et permettent de comprendre la cohérence des finalités et des règles qui organisent les jeux de pouvoir dans une organisation hospitalière. Certaines positions dans les jeux d'acteurs procurent des ressources importantes, car elles permettent le contrôle des sources de pouvoir c'est le cas lorsqu'un acteur possède une expertise lui permettant de maîtriser l'information, ou encore s'il détient de l'information pertinente dans un contexte spécifique ou dans une situation de pénurie ou le fait d'occuper une position de relais dans un réseau de communication ou le cas où certains acteurs sont chargés d'édicter et de prescrire les règles. Les règles qu'elles soient formelles ou informelles, ne sont pas données une fois pour toutes. Elles sont produites et reproduites dans les interactions et elles servent à délimiter l'action des acteurs. Ce qui explique que les rapports de force font constamment l'objet de négociation. C'est l'interprétation de ces règles qui donne lieu à des zones d'incertitude qui renforcent le pouvoir des uns au détriment de celui des autres. Donc concrètement par l'analyse systémique des relations de pouvoir, on identifie quels acteurs contrôlent les zones d'incertitude et l'on établit le mode de relations qu'ils entretiennent entre eux (collaboration, hostilité, indifférence ou autres).

**Tableau 2 : Cadre d'analyse synthétique des relations de pouvoir**

1. Concepts clés de Crozier					
	Règles de jeux	Zones d'incertitude	Mécanismes de Jeux	Stratégies	Système d'action concret
1.1 Définition	Ce sont des structures formelles ou informelles qui permettent de gérer les interactions entre acteurs. Elles régulent les interactions entre les acteurs.	Les lieux ou les relations de pouvoir pourront se développer dans une organisation.	Ce sont les manifestations des interdépendances, des interactions entre les acteurs.	C'est la position ou le parti qu'adoptent les acteurs dans une interaction.	C'est la manière dont les acteurs régulent leurs relations, règles qu'ils se donnent pour faire fonctionner l'organisation.
1.2 Implication pour les acteurs	Ce sont des moyens pour les acteurs de gérer leurs dépendances mutuelles.	Ce sont des sources de pouvoirs pour les acteurs.	Ils engagent les acteurs dans une action collective. Ce sont les interdépendances.	Elles permettent aux acteurs de défendre leurs intérêts et d'atteindre leurs objectifs propres.	Il permet de coordonner et stabiliser les jeux. Il permet la coopération entre les acteurs.
2. Analyse stratégique Selon les groupes professionnels					
	Problème	But	Ressources	Stratégies	Enjeux
2.1. Médecins	Accès limité à l'information financière, mauvaises conditions de pratique, faible pouvoir décisionnel et administratif.	Plus d'autonomie et d'autorité formelle, contrôle des décisions médico-administratives.	L'expertise (spécialisation médicale), l'information médicale, asymétrie d'information auprès des patients et des infirmiers, fonction de relais (chef de service).	Alliances (clanisme), ententes interservices, rétention de l'information médico-technique, indifférence face aux autres acteurs.	L'autonomie de pratique, contrôle accru des services techniques (ressources matérielles et humaines), présence effective à l'hôpital.
2.2 Infirmiers	Non reconnaissance de leurs rôles, faible participation à la prise de décision médicale, faible valorisation du statut.	Plus de responsabilité le long de la ligne de soins (dans les services techniques), dialogue direct avec la direction de l'hôpital.	Support aux soins, coordination des activités de soins et médico-administratives (chef d'unité), proximité des lits, cohésion d'ensemble ou de groupe.	Collaboration et coalition interprofessionnelles, rencontres régulières et cohésion de groupe, disponibilité et négociation, implication administrative forte.	Valorisation de leur rôle et statut, implication dans les équipes professionnelles et dans la prise de décision médicale.
2.3 Gestionnaires	Faible contrôle de la pratique médicale, engagement faible des médecins, mauvaise organisation des services techniques.	Rationalisation de la pratique, fusion des équipes professionnelles.	Autorité légale, pouvoir de décision sur les ressources financières et matérielles.	Négociation et collaboration avec les médecins et infirmiers, application des règles formelles, définition des tâches et des fonctions, contractualisation.	Contrôle de la pratique médicale, présence plus effective des médecins, amélioration de la qualité de la prise en charge médicale et de l'image de l'hôpital.

**Tableau 2 : Cadre d'analyse synthétique des relations de pouvoir (suite)**

3. Analyse systémique selon le système de relation de pouvoir.					
	Règles de jeux	Zones d'incertitude	Mécanismes de jeux	Relations entre acteurs	
	Règles formelles (lois, règlements, conventions, etc.), règles informelles (ententes interprofessionnelles, procédures d'organisation du travail clinique).	Organisation des activités médico-techniques, relations fac de médecine et hôpital (biappartenance), gestion des ressources du service, hiérarchie professionnelle, composition des équipes, fonctionnement des comités, rapport médecins et infirmiers, les nouveaux statuts (contenu et attribution non précisés), modalités de gestion du personnel.	Travail d'équipe, collaboration interprofessionnelle.	Médecin-infirmier (domination et subordination), médecin-gestionnaire (indifférence, hostilité), infirmier-gestionnaire (négociation et collaboration).	
Situation au Mali					
	Règles de jeux	Zones d'incertitude	Mécanismes de jeux	Stratégies	Relations entre acteurs
	Loi hospitalière, convention hospitalo-universitaire, statut des fonctionnaires, règlement intérieur, guides et directives d'activités médicales, protocole de soins, hiérarchie professionnelle.	La spécialisation médicale et infirmière (assistant médical), le partage et l'accès à l'information médico-administrative (chef de service et d'unité), la liaison entre l'hôpital et la fac de médecine (biappartenance).	Les réunions entre les médecins, les infirmiers, et les gestionnaires. Le travail de groupe (interventions médicales) entre médecins et infirmiers.	Les médecins (asymétrie d'information, autonomie), les infirmiers (implication administrative) et les gestionnaires (rationalisation de la pratique médicale).	Médecin-infirmier (domination, conception/exécution), médecin-gestionnaire (hostilité), infirmier-gestionnaire (négociation, coopération).

## **Chapitre 3 Devis et méthodes de recherche**

### **3.1 Devis de recherche**

Nous avons privilégié une méthode qualitative d'analyse en profondeur afin de développer une compréhension riche des mécanismes de transformations des établissements publics hospitaliers suite à une réforme. Cette méthode de recherche est pertinente lorsqu'on cherche à savoir l'influence des milieux d'implantation sur les résultats apportés par une réforme (Yin 1981; Guba and Lincoln 1981; Denis 1988).

Le devis de recherche retenu a été une étude synthétique multi-cas (De Bruyne, Herman et al. 1984; Yin 1984). L'analyse de deux (2) cas est appropriée pour les recherches de nature exploratoire prenant pour objet un phénomène contemporain situé dans le contexte de la vie réelle. Elle s'applique bien lorsque des sources multiples de données sont utilisées et sert à encadrer les techniques de cueillette des données (Miles and Huberman 2003; Poupart, Deslauriers et al. 1997; Côté and Turgeon 2002).

L'analyse de deux cas nous a permis d'enrichir notre compréhension des transformations organisationnelles et de ses enjeux pour vérifier la robustesse de nos évidences. Après les analyses intra cas, dans une étape finale (Analyse transversale) nous avons dégagé des observations communes sur les transformations organisationnelles de l'hôpital et dressé un modèle de compréhension riche de la conception en émergence et de ses enjeux. La possibilité de généraliser à partir des cas étudiés a été surtout fonction de la généralisation analytique et non statistique.

### **3.2 Cadre de l'étude**

Le Mali a été un pays indépendant le 22 septembre 1960 après une période coloniale qui a débuté autour des années 1857. C'est un pays continental qui couvre une superficie d'environ 1 241 248 kilomètres carrés et partage, au nord, près de 7 200 km de frontières avec l'Algérie à l'est, avec le Niger au sud-est et le Burkina Faso; au sud par la Côte d'Ivoire et par la Guinée et à l'ouest par la Mauritanie et le Sénégal. C'est le berceau de nombreuses civilisations qui ont donné naissance à de nombreux empires et royaumes. Ce brassage des peuples a été à l'origine de la formation de nombreux groupes

ethniques et linguistiques fortement interdépendants et dont les apports civilisationnels respectifs constituent pour le Mali une importante richesse. Le régime politique a été basé depuis 1992 sur la démocratie et le multipartisme jusqu'au coup d'état militaire de mars 2012. Ce régime constitutionnel a opté pour la décentralisation étatique en responsabilisant les communautés locales dans la gestion des affaires publiques.

L'économie du Mali est caractérisée par sa vulnérabilité bien qu'une tendance à la croissance soit entamée depuis 1994. Le Mali reste un des pays les plus pauvres du monde, le PIB par habitant s'élevait en 2004 à 357,9 USD et 64 % de la population vivent en dessous du seuil de pauvreté (EDSM-IV 2006). L'économie du pays dépend fortement de l'aide extérieure. La population du Mali en 2006 était estimée à 12 051 021 habitants, les trois quarts de la superficie du pays abritent moins de 10 % de la population (EDSM-IV 2006) avec une densité d'environ 7,9 habitants au kilomètre carré et un taux d'accroissement intercensitaire de 2,2 % (RGPH 2006). Elle est caractérisée par sa jeunesse soit 46 % de la population était âgée de moins de 15 ans tandis que l'espérance de vie était autour de 51 ans (Merrell Tuck 2007 ; Banque Mondiale 2011). La première cause de mortalité est le paludisme avec 24.9% des décès.

La situation sanitaire de la population du Mali est très peu satisfaisante en dépit de certaines améliorations significatives. Les dépenses totales de santé sont passées de 109 milliards de FCFA en 1999 à 165 milliards FCFA en 2004 (CNS 1999,2004). Ces dépenses de santé proviennent essentiellement du financement direct des ménages (57 %), des fonds publics (18 %) et des fonds extérieurs (13 %). Depuis 1999, les niveaux de morbidité et de mortalité du Mali restent parmi les plus élevés au monde et cela s'explique surtout par : Une insuffisance des ressources financières allouées au secteur de la santé et à une insuffisance en nombre et en qualité du personnel sanitaire et des services de santé adéquats. Les ratios personnel de santé / population reste très loin en deçà des normes de l'OMS.

Face à ces insuffisances, le gouvernement malien a pris certaines mesures à travers la déclaration de politique sectorielle de santé et de population en 1990 (MSP-AS 1990) afin de réformer le système de soins bâtie autour d'une structure pyramidale dont le 1<sup>ier</sup> niveau est composé des centres de santé communautaire (CSCOM), le 2<sup>ieme</sup> niveau des centres de santé de référence (CSREF), le 3<sup>ieme</sup> niveau est représenté par les hôpitaux. Dans ces

orientations, on note que la priorité de l'action sanitaire s'adresse au renforcement de la capacité de l'hôpital qui a été hérité de l'ère coloniale. Le vieillissement des infrastructures en place, le départ progressif de l'assistance technique, la progression de la demande et le poids financier des hôpitaux sur le budget d'état conduisirent les ministres chargés de la santé et des finances à autoriser par une dérogation à la loi de finances (1981) certains hôpitaux à utiliser le produit de leurs recettes pour le financement de leurs activités.

Malgré l'adoption de nombreuses mesures destinées à son amélioration, la situation des hôpitaux est restée encore très préoccupante. C'est pendant les années 1990 que quatre hôpitaux nationaux furent érigés en statut d'Établissement Public à caractère Administratif (EPA) qui leur attribue la personnalité morale et l'autonomie de gestion. Ce nouveau statut n'a pas permis aux hôpitaux d'être autonomes, l'effet s'est limité à des mesures institutionnelles que sont entre autres (l'octroi de la personnalité juridique et de la capacité à gérer le produit des recouvrements, la mise en place d'un conseil d'administration, la nomination d'un agent comptable du Trésor, etc.) sans conséquence réelle sur les modalités de gestion de l'établissement hospitalier.

Le Plan décennal de développement sanitaire et social (PDSS1998, 2007) a fait du renforcement de l'hôpital un de ses choix stratégiques essentiels à travers une réforme de décentralisation étatique.

### **Effets recherchés par la réforme hospitalière de 2002 au Mali**

La réforme hospitalière devra être orchestrée autour de la défense du « Service Public Hospitalier », dont l'objectif fondamental était de permettre à chaque malien et à toute autre personne résidant au Mali, d'avoir accès à un niveau minimum de soins de référence de qualité, quel que soit son lieu de vie et ses caractéristiques socio-économiques produits aux meilleurs coûts. L'octroi de l'autonomie de gestion aux hôpitaux et la participation des communautés locales dans la gestion de l'hôpital étaient des éléments essentiels d'un nouveau choix stratégique qui va dans le sens de la décentralisation étatique.



*En ce qui concerne l'autonomie administrative et de gestion*

La transformation des hôpitaux en Établissements publics hospitaliers (EPH) dotés de la personnalité juridique et de l'autonomie administrative et financière doit aboutir à une véritable responsabilisation des directions de chaque hôpital quant à la planification des activités et à la gestion de l'hôpital. L'effet recherché était de permettre à l'administration hospitalière de gérer de façon indépendante les ressources humaines et financières de l'hôpital. Il leur appartiendra en effet de définir les voies et moyens pour permettre à l'hôpital de remplir au mieux ses missions de soins en toute indépendance.

*En ce qui concerne l'implication des populations locales à la gestion*

L'hôpital devrait passer de l'autogestion à la cogestion avec les communautés locales. Elles vont composer presque exclusivement le conseil d'administration. L'effet recherché est de diminuer le recours à la tutelle et d'accélérer le processus de prise de décision au sein de l'hôpital. En outre, les collectivités locales devraient apporter des subventions au financement des activités hospitalières.

*En ce qui concerne l'intégration des services de spécialité*

Il s'agit d'une révision du mode de fonctionnement des services de spécialité de sorte que ces derniers disposent de budgets délégués par la direction générale de l'hôpital et que les chefs de services puissent prendre des décisions importantes concernant l'organisation des soins, la collaboration interprofessionnelle etc. En somme l'effet recherché est un transfert des responsabilités de l'administration hospitalière vers les services de spécialité par la mise en place d'un dispositif permettant de rendre plus opérationnel les équipes professionnelles et de fournir des soins de meilleure qualité.

### **3.3. Le choix des cas étudiés**

Les deux cas sont issus d'un choix raisonné. Il s'agit des deux plus grands établissements hospitaliers de multi spécialité au Mali. C'est le type dominant d'hôpital dans les capitales

des pays en développement. En plus des soins spécialisés, ces hôpitaux jouent parfois le rôle de première ligne car ils reçoivent les cas référés de l'intérieur du pays. Ce sont les premiers établissements hospitaliers qui ont été visés par la réforme hospitalière au Mali en 2002, donc ils accumulent la plus longue expérience au plan de la décentralisation.

Ces deux établissements consomment l'essentiel du budget du secteur de la santé et emploient plus de la moitié des effectifs médicaux et paramédicaux du pays. En plus des missions de soins, ils cumulent les fonctions de recherche et de formation avec plusieurs services spécialisés exclusifs et élites professionnelles dont certains enseignent à la faculté de médecine et pratiquent au sein de l'hôpital public.

### **3.4 La population et échantillon à l'étude**

Nous avons ciblé les informateurs clés internes de chaque établissement hospitalier que sont : les gestionnaires, les médecins et les infirmiers. Il a été effectué un choix raisonné et par quotas selon le niveau de représentativité des groupes d'acteurs dans les organes d'administration et de gestion. La taille de l'échantillon pour chaque hôpital sous étude a été constituée comme suit : gestionnaires (n = 5, directeur général (DgHop), directeur général adjoint (DgaHop), directeur administratif (DaHop) ou surveillant général (SgHop), chef du service comptable (ChefCompta), directeur des soins (DsHop)), les médecins (n = 7, médecins spécialistes (MedHop) dont certains occupent les fonctions de chef de service (MedChefHop)) et les infirmiers (n = 7, infirmiers (InfHop) dont certains occupent des fonctions de chefs d'unité (InfChefHop)), les responsables syndicaux (n = 2, médecin ou infirmier (RespSyndicHop)), les membres des commissions (n = 2, président CME et CSIO (PresCMEHop et PresCSIOHop)).

Le choix des acteurs externes a été effectué sur la base d'une stratégie d'informateurs-clés de manière à identifier les personnes les mieux impliquées dans la conception et l'orientation de la réforme hospitalière au Mali. Ce sont les principaux interlocuteurs avec lesquels les établissements hospitaliers négociaient leur orientation stratégique à savoir la tutelle du Ministère de la santé qui apporte la plupart du budget de fonctionnement et des immobilisations, la mission d'appui à la réforme hospitalière, l'agence nationale d'évaluation des hôpitaux, la Banque Mondiale qui intervient dans le financement, les collectivités locales qui sous l'impulsion de la réforme devaient assurer la gouvernance, l'université à travers la faculté de médecine qui participe à l'organisation de la

biappartenance<sup>1</sup> (enchaînement entre la faculté de médecine et l'hôpital pour le personnel hospitalier qui cumule l'enseignement et la pratique au sein de l'hôpital). Il s'agit d'un représentant de la tutelle du Ministère de la santé, un conseiller technique chargé des hôpitaux (CTHop), un représentant de la mission d'appui à la réforme hospitalière, le conseiller technique chargé des hôpitaux (CTMARH), un représentant de l'agence nationale d'évaluation des hôpitaux, le conseiller technique chargé de la gestion hospitalière (CTANEH), un représentant résident de la Banque Mondiale, un responsable du secteur santé (RepBanq), un représentant de la faculté de médecine, le président de la commission hospitalo-universitaire (PresComHu), les membres du conseil d'administration des deux hôpitaux, deux administrateurs non professionnels du conseil (MemCAHop).

Dans ce genre d'études, il n'est pas facile d'établir la taille exacte de l'échantillon. La saturation théorique a été réalisée lors de la collecte des données, les enquêtes se sont poursuivies jusqu'au moment où les perceptions des interviewés devenaient répétitives. Finalement, un échantillon de 49 personnes dont 21 acteurs internes par cas et 7 acteurs externes (communs aux deux cas) était suffisant pour répondre à nos questions de recherche.

### **3.5 Instruments de recueil et de collecte des données**

Nous avons envisagé trois modes de collecte des données (De Bruyne, Herman et al. 1984 in Lessard Hébert, Goyette et al. 1996; Yin 1984; Van der Maren 1987). Les données ont été recueillies par voie d'entrevues semi-structurées auprès des informateurs clés, d'analyse documentaire (documents internes, procès-verbaux, documents techniques, ainsi que la revue de la presse locale et nationale), et par observation lors de réunions de direction, professionnelles, syndicales etc. La liste des documents consultés est variable d'un établissement hospitalier à un autre et totalise 87 documents (soit environ 2300 pages) permettant de décrire la logique de la réforme et comment les différents groupes d'acteurs ont réagi à sa mise en œuvre : les procès-verbaux de réunions de direction, des procès-verbaux des sessions du conseil d'administration des hôpitaux, les documents fournis par les comités et commissions consultatives, les rapports d'activités élaborés par les directions des hôpitaux, les rapports d'évaluation de l'agence nationale d'évaluation des hôpitaux et

---

<sup>1</sup>Biappartenance : ce terme désigne dans le contexte malien les médecins qui pratiquent au sein de l'hôpital public et enseignent aussi à la faculté de médecine.

de l'inspection de la santé, les rapports de consultants commis pour la mise en place de la réforme, les rapports de la mission d'appui à la réforme hospitalière, les rapports des réunions syndicales, les rapports des réunions techniques (ateliers, séminaires) avec les partenaires au développement, le rapport diagnostic du programme de développement sanitaire et social, les documents fournis lors de l'élaboration du projet d'établissement de chaque hôpital, les textes fondamentaux et les projets de textes élaborés dans le cadre de la réforme hospitalière de 2002.

La collecte des données s'est étalée sur une période de 12 mois allant d'avril 2009 à mai 2010. Elle a permis de réaliser 49 entretiens semi structurés auprès des acteurs des deux établissements hospitaliers concernés par la réforme. Les entrevues d'une durée de deux heures (soit un total de 98 heures) se sont poursuivies sur deux périodes soit d'avril à aout 2009, puis de mars à mai 2010.

Nous avons observé seize (16) réunions au sein des deux établissements hospitaliers sur une période de collecte des données de douze mois allant d'avril à aout 2009, puis de mars à mai 2010. Il s'agit particulièrement des réunions qui portent sur les transformations consécutives à la réforme hospitalière, elles totalisent 45 heures soit deux à trois heures par réunion. L'échantillon a été constitué comme suit : quatre réunions de direction (RDirHop), six réunions interprofessionnelles (RProfHop), deux réunions syndicales (RSyndicHop), une réunion de l'agence nationale d'évaluation des hôpitaux (RAneh) et trois réunions techniques au ministère de la santé (RTMinist).

Pour recueillir les informations ciblées trois instruments de recueil de données ont été utilisés à savoir :

- 1) le guide d'entrevue semi structuré pour l'entretien individuel qui a été administré aux acteurs internes des deux hôpitaux; aux membres de la tutelle, de la mission d'appui à la réforme hospitalière, de l'agence nationale d'évaluation des hôpitaux, de la mission d'appui à la réforme hospitalière, des conseils d'administration et de la Banque Mondiale.
- 2) la grille d'analyse pour l'analyse documentaire a été utilisée pour examiner les textes législatifs et réglementaires, les décisions administratives, les documents internes, les procès-verbaux et les documents techniques qui témoignent de l'intensité des transformations menées.

3) la grille d'observation pour l'observation de réunions au sein des organes<sup>2</sup>d'administration et de gestion des établissements hospitaliers, des réunions professionnelles (staff), syndicales, de direction, et de séminaires et d'ateliers.

L'étudiant a réalisé lui-même l'ensemble des entrevues ainsi que les observations. Les entrevues ont été enregistrées sur des bandes audio et transcrites sur support papier afin de constituer une banque de données qui a été analysée. Toutes les informations recueillies ont été traitées de façon confidentielle. Ainsi, les personnes sensées avoir accès à cette information à savoir le directeur de recherche, l'étudiant responsable du projet, la personne associée pour le codage et la transcription ont signé un engagement de confidentialité.

De plus, aucune information permettant de retracer l'identité d'un (e) participant (e), n'a été divulguée lors de la diffusion des résultats de la recherche. L'identité des personnes interrogées a été protégée par la clause de confidentialité. Les données seront conservées sous format électronique, audio et papier dans un environnement sécuritaire à l'université de Montréal (dans un classeur sous clé du chercheur principal et par un accès bloqué). Les données recueillies seront conservées pendant sept (7) ans après l'analyse. Elles sont consultées seulement pour des fins de contrôle et dans le cas où c'est nécessaire de clarifier certaines informations.

### **3.6 Les variables à l'étude**

Afin de comprendre la logique des transformations structurelles de l'hôpital, nous nous sommes appuyés sur quatre dimensions de la décentralisation à savoir la déconcentration, la délégation, la dévolution et la privatisation présentées de façon détaillée dans notre cadre d'analyse (tableau 1). C'est autour de ces dimensions qu'a été bâtie la première partie du guide d'entrevue utilisée en entrevue pour reconstruire de manière rétrospective le fil des changements suscités par la réforme hospitalière. La seconde partie du guide d'entrevue visait à identifier les grands enjeux actuels des transformations de l'hôpital et les stratégies des différents groupes d'acteurs. La description des comportements des acteurs et de leur influence sur le processus de réforme dans chaque établissement hospitalier a été mesurée à

---

<sup>2</sup>Organes d'administration et de gestion désignent le conseil d'administration, le comité de direction et les organes consultatifs (CME & CSIO) selon Art 56 de la loi hospitalière 2002.

partir des concepts suivants : le problème, le but, les ressources, les enjeux, la stratégie propre à chaque groupe d'acteurs, leur stratégie liée à leur interaction et leur stratégie face à la réforme, les zones d'incertitude, les règles et les relations interpersonnelles à partir de trois changements structurels à savoir la révision du rôle des acteurs dans l'orientation stratégique de l'établissement, la révision des mécanismes de gestion des services médicaux et des modes de collaboration interprofessionnelle.

L'orientation des stratégies des groupes d'acteurs est intimement liée à la définition qu'ils se font des problèmes liés à la réforme, leur but, les ressources dont ils disposent et des enjeux liés à chaque changement structurel, les zones d'incertitude, les règles, etc. Tous ces éléments sont présentés de façon détaillée par niveau (stratégique et systémique) dans notre cadre d'analyse (tableau 2).

Nous avons demandé donc à chaque informateur de décrire premièrement sa conception des transformations intervenues selon une dimension; puis de décrire les enjeux propres à la même dimension; ensuite on passe à la dimension suivante. Donc notre approche utilise le discours des acteurs pour définir leurs stratégies. Ainsi à partir du discours d'un groupe d'acteurs sur une dimension, nous avons pu apprécier l'avis d'un autre groupe sur la même dimension de manière à vérifier la validé de la description des stratégies de chaque groupe d'acteurs.

Toujours pour documenter les stratégies des acteurs nous avons exploité les procès-verbaux et les rapports de réunions des commissions et des comités (commission médicale d'établissement, commission des soins infirmiers et obstétricaux, commission hospitalo-universitaire, comité de direction) dans les deux établissements, l'observation des réunions de staff entre professionnels de santé et des réunions syndicales. Particulièrement, la commission hospitalo-universitaire nous a fourni certaines précisions sur le cadre d'intervention des médecins biappartenants dans le cadre de la réforme.

Cette multitude de sources visait à renforcer la validité de notre étude. Ces sources nous ont permis de juger le niveau d'atteinte des objectifs de la réforme à partir des quatre dimensions et des trois changements structurels (portant sur les transformations structurelles et les stratégies des acteurs) précédemment évoqués.

Ainsi un cadre synthétique a été dessiné pour permettre de retracer clairement les étapes de notre démarche selon chaque cas. Enfin, une analyse transversale des deux cas effectuée à

partir des analyses intra cas nous ont permis de tirer des conclusions. Cette analyse transversale a permis une interprétation à la lumière de nos modèles théoriques de la logique des transformations structurelles et des changements intervenus dans les rapports entre acteurs suite à la réforme hospitalière de 2002.

### **3.7 L'analyse des données**

L'analyse de deux cas nous a permis d'enrichir notre compréhension des transformations organisationnelles hospitalières et de ses enjeux pour vérifier la robustesse de nos évidences. Nous avons envisagé trois modes de collecte des données (De Bruyne, Herman et al. 1984 in Lessard Hébert, Goyette et al. 1996; Yin 1984; Van der Maren 1987). Il s'agit des entrevues semi-structurées auprès des informateurs clés, de l'analyse documentaire, et des observations lors de réunions.

#### *La triangulation*

Il s'agit de l'utilisation d'une variété de sources de données, ou de différents chercheurs, ou de plusieurs perspectives d'interprétation, ou de plusieurs méthodes de collecte de donnée pour étudier le même phénomène (Stake 1994; Patton 1990, Yin 1984). Cette stratégie permet en comparant les résultats obtenus par ces différentes approches, de renforcer la crédibilité (triangulation, recherche de cas déviants, dialogue avec les participants), la confirmabilité (triangulation, revue par les pairs, recherche de cas déviants, journal réflexif du chercheur) et la fiabilité (revue par les pairs, journal de bord) de l'étude (Devers 1999). Pour notre étude, nous avons utilisé la triangulation de sources de données, et de méthodes de collecte de données. Par ailleurs, une description détaillée de la logique de la réforme hospitalière, de l'écart entre les effets recherchés et les résultats obtenus par la réforme et des stratégies mobilisées par les différents groupes d'acteurs hospitaliers pour l'influencer, peuvent favoriser la transférabilité de l'étude.

#### *Analyse du contenu*

Nous avons mis l'accent surtout sur le contenu manifeste ce qui présuppose que les énoncés dans les entrevues individuelles, de groupe et dans les documents sont des unités complètes en elles-mêmes sur lesquelles des opérations peuvent porter (Van Der Maren 1996a).

L'analyse classique thématique a été utilisée (Bardin 1983, Yin 1984). Elle a été descriptive puis interprétative.

Dans un premier temps les données ont été réduites par la codification. Il s'est agi d'un codage systématique (fidélité) en attribuant le même code à la même unité de sens (Van Der Maren 1996b). Ceci a permis de regrouper les éléments de contenu dans des catégories (thèmes). Après cette réduction, nous avons procédé à une analyse intra-cas, puis inter-cas. Les prises de note (journal de bord) ont également fait l'objet d'analyse quand cela était nécessaire. Les données recueillies ont été confrontées entre elles et comparées aux dispositions des textes législatifs et réglementaires que sont la loi hospitalière, la loi d'orientation en santé, la convention hospitalo-universitaire et les textes de la fonction publique.

Pour examiner plus en détail les problèmes que soulèvent la décentralisation des diverses fonctions et l'équilibre des pouvoirs obtenu entre l'administration centrale (la tutelle) et l'établissement public hospitalier, nous avons focalisé notre analyse sur les fonctions que peut assumer un hôpital public. Elles sont classées en sept grandes catégories que sont l'obtention des recettes, l'exécution et le contrôle des budgets, la gestion des ressources humaines, la planification et l'affectation des ressources, la collaboration interprofessionnelle, la motivation du personnel, et la fusion des équipes de travail. Selon les diverses fonctions mentionnées ci-haut et consignées dans le cadre d'analyse (Tableau 1), les responsabilités assumées par l'hôpital public vont permettre de classer la décentralisation dans les catégories « déconcentration », « délégation », « dévolution » et « privatisation ». Dans chaque cas, l'importance des responsabilités attribuées selon les fonctions (selon les effets recherchés, les mécanismes mis en place et les transformations effectuées) à l'hôpital caractérise le type de décentralisation qui peut prendre plusieurs variantes c'est-à-dire les caractéristiques qui relèvent de plusieurs types. Donc, il ne faut voir dans les quatre types de décentralisation présentés dans le tableau 1 des modalités nettement tranchées. Les caractéristiques de la déconcentration et de la dévolution, par exemple peuvent se recouvrir, de sorte qu'une réforme menée dans un établissement hospitalier donné peut présenter des caractéristiques relevant de l'une et/ou de l'autre.

Pour étudier les enjeux de la nouvelle forme hospitalière et les stratégies des acteurs, les données recueillies ont été analysées en se référant aux relations qui existent entre les



différentes variables qui expliquent les rapports entre les différents groupes d'acteurs et leurs réactions face à la réforme. Ces variables représentent les sept concepts clés qui ont été mobilisés à partir du cadre d'analyse stratégique (tableau 2, niveau 2 et 3) de Crozier et Friedberg (1977).

Ce matériel a été enregistré puis retranscrit et traité par un logiciel de support d'analyse qualitative QSR Nvivo 2.0. Ce logiciel a permis d'attribuer des codes aux observations empiriques afin de faciliter leur traitement. L'analyse des données a été entreprise indépendamment pour chaque établissement hospitalier sous étude selon les étapes suivantes : (1) Codification détaillée du matériel empirique pour générer un maximum d'informations sur les transformations intervenues et les réactions des différents groupes d'acteurs selon un niveau d'analyse stratégique et systémique; (2) Les codes générés à l'étape 1 ont été analysés par l'étudiant afin d'expliquer la logique des transformations structurelles, identifier d'après les différents groupes d'acteurs les enjeux associées à la nouvelle forme organisationnelle de l'hôpital et leurs stratégies pour l'influencer; (3) Il a été ensuite procédé à une analyse transversale approfondie des données recueillies dans chaque établissement hospitalier pour apprécier la logique des transformations structurelles et les réactions des différents groupes d'acteurs. Il s'est agi d'un exercice de mise en commun des observations et perceptions des acteurs sur la nouvelle forme organisationnelle hospitalière afin de rapprocher les observations empiriques aux propositions théoriques.

### **3.8 La validité de l'étude**

Nous avons soumis nos modèles d'analyse à deux informateurs-clés internes (1 par cas) et externes (1 par cas) au niveau des deux établissements hospitaliers sous étude. L'histoire de cas décrite pour chaque établissement hospitalier nous a permis de présenter l'état des changements structurels et les enjeux et les stratégies mobilisées par les acteurs, ce qui nous a permis de dresser nos modèles d'analyse présentant nos résultats.

Nous avons pu préciser les relations observées entre les résultats et le contexte organisationnel afin de dégager les résultats qui paraissent pertinents pour d'autres organisations similaires (Validité externe).

L'utilisation des différents instruments de collecte de données par moi-même donne plus de fiabilité et renforce aussi la validité externe de nos résultats. Quant à la validité interne, elle

dépend d'une part du degré de conformité entre les propositions de nos modèles théoriques utilisés et la réalité empirique observée et d'autre part de la cohérence pragmatique entre les modes d'analyse choisis et les modèles théoriques (Dénis and Champagne 1990; Van der Maren 1987; Yin 1984).

L'utilisation du modèle d'analyse de la décentralisation et celui de l'analyse stratégique dans notre contexte nous ont permis d'analyser la dynamique des transformations hospitalières, des enjeux associés à cette transformation et des stratégies mobilisées par les acteurs, ce qui confère une validité interne à notre étude. Le nombre de répondants à l'étude ayant été établi par saturation théorique, la taille de quarante-neuf interviewés a été raisonnable pour réaliser nos objectifs de recherche.

### **3.9 La dimension de l'éthique**

L'avis du comité d'éthique de la faculté de médecine de l'Université de Montréal, les autorisations requises du Ministère de la santé du Mali et de ses services rattachés, de la Banque mondiale et celles des directions générales des établissements hospitaliers ont été obtenus. Par ailleurs, le consentement préalable des enquêtés a été obtenu après avoir été informés des objectifs de l'étude. Aussi l'anonymat des enquêtés, des structures et la confidentialité des données ont été assurés. Un formulaire de consentement relatif à l'observation non participante des réunions et aux entrevues a été soumis à chaque membre participant (Voir formulaire de consentement en annexe) et à chaque personne interviewée. La participation à l'étude était volontaire tant pour l'établissement que pour les individus conviés.

## **Chapitre 4 Les résultats des cas à l'étude**

Les résultats présentent la logique de la réforme hospitalière au Mali, l'importance des grandes fonctions de gestion selon les types de décentralisation, les enjeux et les réactions des acteurs face au processus de changement selon un niveau d'analyse stratégique et systémique.

### **4.1 Cas de la logique de la réforme hospitalière au sein des deux hôpitaux universitaires**

Les deux cas sont les deux plus grands établissements hospitaliers multi spécialités au Mali. C'est le type dominant d'hôpital dans les capitales des pays en développement. En plus des soins tertiaires de référence, ils dispensent aussi des soins primaires et desservent les patients référés de l'intérieur du pays. C'était les premiers établissements hospitaliers qui ont été visés par la réforme hospitalière au Mali en 2002. Ces deux établissements monopolisent une proportion très importante des budgets du secteur de la santé et emploient plus de la moitié des effectifs du personnel médical et paramédical du pays.

Les sections ci-dessous présentent les résultats de chaque cas en trois grandes rubriques qui correspondent aux transformations visées par la réforme au Mali à savoir l'autonomie administrative et financière de l'établissement hospitalier, l'implication des populations locales à la gestion hospitalière, et l'intégration des services médicaux. L'analyse se fait à trois niveaux, (1) selon l'intention politique de la réforme, (2) les mécanismes mises en place, et (3) les transformations réellement effectuées dans l'hôpital. Un tableau synthétique est présenté à la fin de chaque section pour caractériser par cas l'intensité et le type de décentralisation selon l'importance que peut prendre les différentes fonctions conformément au cadre d'analyse (tableau 1).

#### **4.1.1 Cas de la logique de la réforme hospitalière mise en œuvre dans l'hôpital X**

Cette section décrit la logique de la réforme hospitalière et les écarts entre les intentions politiques et les transformations réellement effectuées dans l'hôpital. À la fin de la présentation du cas (section 4.4.1.3), un résumé synthétise l'essentiel des résultats de recherche en regard des objectifs visés par la réforme hospitalière de 2002.

#### ***4.1.1.1 Autonomie administrative et financière dans l'hôpital X***

##### *Effets recherchés / Intentions politiques*

Le Ministre de la santé en créant le statut d'établissement public hospitalier (EPH) visait à transférer ses responsabilités administratives et financières aux établissements publics hospitaliers. L'effet recherché était donc une délégation en érigeant les hôpitaux en organismes personnalisés dotés de l'autonomie de gestion avec un conseil d'administration indépendant et dirigé par des directeurs nommés par le Ministre de la santé. La délégation des prérogatives du Ministre était définie par la loi 02-050 du 22 juillet 2002 et par les décrets fixant l'organisation et le fonctionnement des établissements publics hospitaliers.

« Conscient de la gravité de la situation des hôpitaux et désireux de les sortir de la situation dans laquelle ils se trouvent, le Mali comme de nombreux pays ont initié une réforme hospitalière. L'un des axes majeurs de la réforme allait résider dans l'octroi aux hôpitaux de la personnalité morale et de l'autonomie de gestion. En leur donnant un statut d'établissement public, le Mali voulait franchir une étape essentielle et incontournable compte tenu du poids que ces hôpitaux représentent sur le budget de l'État » (CTHop).

« Les établissements publics hospitaliers sont des personnes morales de droit public dotées de l'autonomie administrative et financière. Leur objet principal est la réalisation du service public hospitalier. Il n'est ni industriel, ni commercial. Ils sont soumis au contrôle de l'État...le directeur général est nommé par décret pris en conseil des Ministres sur proposition du Ministre chargé de la santé » (Article 54 et 68, Chap. II, page 11 et 14 / Loi hospitalière n 02-50/22-07-2002).

« Les transformations importantes prévues : depuis 1980-84-86 ce qu'on a appelé les EPA après les EPST puis les hôpitaux nationaux et enfin les EPH. L'aspect théorique le plus important est l'autonomie de gestion. Pour moi elle supposait une autonomie et une liberté de décision quant à l'utilisation des fonds de l'hôpital et que la tutelle mettait un budget à la disposition de l'établissement hospitalier quant à celui la de le justifier » (DgHopX).

Dans le cadre du prolongement de la délégation à l'intérieur de l'hôpital, certaines ressources et responsabilités de la direction générale de l'établissement allaient être attribuées aux médecins chefs qui vont orienter l'établissement au niveau opérationnel sous le contrôle de cette dernière. Ils doivent impliquer leurs collègues dans la gestion. Cette perspective a été intégrée dans la démarche d'élaboration du projet d'établissement (qui compilera les projets des services élaborés par le personnel). Elle allait faciliter la réédition de compte au niveau opérationnel et améliorer le fonctionnement interne.

« Les services cliniques ou médico-techniques (laboratoire, imagerie médicale, médecine, chirurgie etc) ou les départements (regroupement de services) seront constitués en unités de gestion au sein de l'établissement hospitalier. Ces unités devront fixer leurs propres objectifs, définir leur propre projet de service, analyser leurs résultats et servir de support aux mécanismes d'intéressement des ressources humaines » (CTHop).

« La démarche du projet d'établissement implique l'ensemble des acteurs de l'hôpital à la gestion. Le projet d'établissement sera une compilation des projets de services, ainsi la synthèse sera faite autour du projet médical, des soins infirmiers, les ressources humaines, les équipements. La démarche de construction du projet est participative, elle va de la base (les services) vers le sommet (la direction générale). Les professionnels de santé vont se mobiliser avec la direction générale pour hiérarchiser les priorités autour de l'offre de santé » (CTAneh).

« Les directives de la tutelle ont été claires en ce qui concerne la participation et l'implication de l'ensemble des acteurs de l'hôpital dans la gestion. Leur mode d'implication, de participation, et les procédures à suivre sont défini dans la démarche d'élaboration du projet d'établissement...Il est prévu un pilotage et les médecins sont des acteurs incontournables du processus » (DgHopX).

L'hôpital va recevoir les subventions qui peuvent venir du budget de l'État, des budgets des collectivités locales et pourra générer des recettes à partir du recouvrement partiel des coûts des soins auprès des usagers. L'accès à ces budgets sera lié à l'atteinte de résultats préalablement arrêtés d'un commun accord entre l'établissement hospitalier et la tutelle du Ministère de la santé. Ce dernier définira les orientations stratégiques de l'établissement et les objectifs à atteindre dans le cadre du plan décennal de développement sanitaire et social (PDDSS)<sup>3</sup>.

« Le statut de service publique de l'hôpital lui impose le respect d'un cahier des charges définis par l'État, garant du service public de santé qui se défini par un accès de toutes les personnes présentes sur le territoire national à des soins pertinents de qualité produits aux meilleurs coûts. Les subventions de l'état à l'hôpital visent par ces derniers à disposer de ressources nécessaires à la production des services de qualité, à assurer leur pérennité et d'autre part ils pratiqueront des tarifs compatibles avec le pouvoir d'achat de la majorité de la population » (CTHop).

Dans le cadre de l'exécution de ces budgets, l'hôpital sera soumis à un régime budgétaire et comptable spécifique et disposera d'outils de gestion structurés autour de la notion de

---

<sup>3</sup>PDDSS : Plan décennal de développement sanitaire et social 1998-2007

résultat. L'hôpital va assurer l'équilibre de ses comptes à partir des subventions de l'état et des collectivités locales, et obtenir des recettes à partir des tarifs de soins à la charge des usagers définis par la tutelle qui apporte l'essentiel des ressources au fonctionnement. Une commission budgétaire des hôpitaux se réunit une fois par an sous la présidence du Ministre chargé de la santé pour procéder à la répartition du budget global des hôpitaux entre les établissements publics hospitaliers et les établissements privés participant au service public hospitalier.

« L'adoption de nouveaux outils de gestion permettra de répondre à la fois aux exigences de la comptabilité publique et de la comptabilité d'entreprise. Il devra notamment être introduit une nouvelle comptabilité hospitalière intégrant les règles de la comptabilité en partie double et de la comptabilité analytique et s'appuyant sur un plan comptable adapté aux spécificités des hôpitaux » (CTMARH).

« Les établissements publics hospitaliers sont soumis à un régime budgétaire et comptable spécifique. Un décret pris en conseil des Ministres fixe les règles de la gestion budgétaire et comptable des établissements publics hospitaliers. Les établissements hospitaliers élaborent un budget annuel d'exploitation et d'investissement conçu en fonction des objectifs et des prévisions d'activité pour l'année à venir. L'exercice budgétaire débute le 1<sup>er</sup> janvier et se termine le 31 décembre de la même année » (Art 87-88, page 19 loi hosp n 02-50 du 22/07/2012).

Le personnel de l'hôpital est placé sous l'autorité du directeur général de l'hôpital tandis que sa gestion administrative (affectation, recrutement, sanction et motivation) est plutôt déconcentrée auprès du Ministre de la santé, de celui de l'éducation nationale compte tenu de la spécificité de l'établissement qui est un centre hospitalo - universitaire. Le salaire du personnel fonctionnaire de l'hôpital sera payé par le Ministère de la santé à partir du budget d'État tandis que le personnel contractuel est rémunéré à partir du budget généré par le recouvrement partiel des coûts des soins aux usagers.

« Chaque établissement public hospitalier définit les primes et autres avantages non statutaires destinés à son personnel. Le montant de ces primes et autres avantages doit être nécessairement inscrit dans le budget de l'établissement. Les modalités d'organisation de l'intéressement sont fixées par décret pris en conseil des Ministres » (Art 78, page 17 loi hosp n 02-50/2002).

« Le personnel des établissements publics hospitaliers comprend les agents de la fonction publique mis à la disposition de l'établissement, les agents en détachement, les agents contractuels à temps plein ou à temps partiel, le personnel vacataire, les conditions de recrutement, d'affectation et de travail de ce personnel seront définies et régies par arrêté du Ministre chargé de la santé et du Ministre chargé de

l'enseignement supérieur. Le Ministre de la santé peut procéder lui-même au recrutement de son personnel, de le rémunérer et si nécessaire de le congédier.» (CTMARH).

En outre, les établissements hospitaliers privés vont participer au service public selon un contrat signé (convention) avec l'hôpital public, il s'agit plutôt d'une délégation vers le privé sur la base d'un paquet de services prédéfinis. Cette participation allait permettre la prise en charge des patients qui dépassent la capacité technique de l'hôpital public. La décision d'admission ou de refus d'intégrer un établissement hospitalier au service public hospitalier sera prise par le Ministre chargé de la santé après l'avis de la commission nationale hospitalière.

« Les établissements hospitaliers privés ont été admis à participer au service public hospitalier...sous réserve qu'ils s'engagent à respecter les obligations de service public, imposées aux établissements publics hospitaliers. Ces obligations concernent le budget, la comptabilité, l'évaluation, la tutelle et le contrôle du fonctionnement interne » (RT1Minist, juillet 2009, référé Art 18-20, page 4, Loi Hosp n 02-50/2002).

« Du point de vue de l'offre de soins, non seulement les hôpitaux publics ne parviennent pas à assurer de façon satisfaisante la prise en charge des cas d'urgence qui sollicitent leurs services, mais de plus ils parviennent difficilement à assurer leur rôle de référence, remettant en cause la fonctionnalité de l'ensemble du système de soins. Même si les centres hospitaliers jouent un rôle majeur dans la couverture sanitaire de premier niveau (consultations de médecine générale et spécialisées, pré et post-natale, accouchements normaux, vaccinations, éducation pour la santé), leur efficacité devait reposer sur la présence à leurs cotés d'établissements privés de référence capables d'assurer la prise en charge des patients dont l'affection dépasse leurs compétences » (CTMARH).

#### *Mécanismes mis en place à l'hôpital*

Un statut d'établissement public hospitalier (EPH) est attribué à l'hôpital défini comme un organisme personnalisé doté d'une autonomie de gestion dont le directeur général et son adjoint sont nommés par le Ministre de la santé. Dans le cadre de l'exercice de la tutelle il existe un contrat d'objectif et de moyen liant le ministère de la santé aux établissements publics hospitaliers. Il faisait référence au projet d'établissement (accord quinquennal d'établissement) qui conditionne la dotation des subventions de l'État. Il s'agit là de mécanismes qui rassemblent certaines caractéristiques essentielles de la délégation.

« L'élaboration du projet d'établissement permettra d'introduire la planification à l'hôpital, de contribuer à la mobilisation de l'ensemble du personnel autour des objectifs et des stratégies qui auront été retenues et d'introduire un véritable esprit d'entreprise. C'est une instruction de la tutelle. Le projet d'établissement est prévu par la loi hospitalière, ce n'est pas la création d'une administration hospitalière quelconque. Sa démarche d'élaboration devrait faciliter son appropriation. C'est participatif et suit la logique d'entreprise. Chaque hôpital a fait son projet d'établissement et devait l'exécuter librement selon leurs priorités.....» (CTHop).

« PE, ce n'est pas une finalité en soi, c'est un moyen pour arriver à quelque chose. C'est pourquoi on a commencé par faire un état des lieux. On peut dire que l'on a atteint le premier objectif du PE<sup>4</sup> (1) la participation de tous, le sentiment d'avoir un avenir commun et d'apporter quelque chose à l'hôpital. Chacun sait dorénavant qu'il est important pour l'hôpital. On a passé 2 ans pour élaborer le PE et les gens étaient là ce qui est un signe d'engagement et ça leur a permis d'avoir l'habitude du consensus à partir du dialogue et de l'échange. C'était à l'époque un esprit nouveau qui a apparu » (DgaHopX).

En outre, certains mécanismes de gestion et d'administration ont été créés à l'hôpital pour faciliter l'implication des professionnels de santé à la gestion. Il s'agit de la Commission médicale d'établissement (CME) pour les médecins et la Commission des soins infirmiers et obstétricaux (CSIO) pour les infirmiers toutes dotées d'un rôle consultatif. La création de ces cadres de concertation et de dialogue était un mécanisme pour faciliter l'exercice des pouvoirs délégués du Ministre de la santé auprès du directeur de l'établissement et du conseil d'administration.

« En vue de faciliter une participation plurielle du personnel et aider la direction générale et le conseil d'administration à avoir une « *vision large* » dans la prise de décision à l'hôpital, certaines commissions consultatives ont été créées par le Ministre de la santé. Il s'agit de la commission médicale d'établissement et de la commission des soins infirmiers et obstétricaux. C'était prévu par l'article 56 de loi hospitalière » (CTHop).

« Associer les représentants des usagers aux choix stratégiques au sein d'un conseil d'administration et la réunion régulière de commissions consultatives où siègent les représentants des différentes catégories de personnel, créeront les conditions nécessaires à une gestion (*ouverte*) de l'établissement, où acteurs et bénéficiaires seront amenés à s'impliquer dans le processus de prise de décision » (DgHopX).

---

<sup>4</sup>PE: Projet d'établissement 2002-2007



Parallèlement, les décisions importantes concernant l'organisation et le fonctionnement de l'établissement hospitalier comme la mobilisation et l'exécution du budget d'État et du budget autonome se font sous le contrôle complet de l'État. Cette déconcentration des pouvoirs du Ministre de la santé est soutenue par la mise en place de principes étatiques de mobilisation et d'exécution des budgets régie par la loi des finances, la présence d'un contrôleur financier au sein de l'hôpital ainsi qu'un comptable public pour assurer le maniement des fonds, tous les deux sont désignés par le Ministre de la santé et celui des finances et les rendent compte de la gestion de l'établissement.

« Le changement dans la façon de faire de la tutelle s'impose à tout établissement assurant la mission de service public, son appartenance à un système de soins régulé par l'État et respecter les principes de la loi des finances conformément à la réglementation en vigueur. Elle repose sur un véritable changement de mentalité chez les agents qui ne sont pas imprégnés de ces principes » (CTHop).

« La comptabilité de l'établissement est tenue conformément à un plan comptable inspiré du système comptable ouest africain (SYSCOA). Le paiement, le recouvrement des recettes, le maniement des fonds et le contrôle de la gestion sont assurés par un comptable public et un contrôleur financier » (ChefComptaX).

Pour la gestion du personnel de l'hôpital, il existait un mécanisme d'incitation basé sur la répartition entre les agents des excédents du résultat d'exploitation appelé les « ristournes ». L'administration hospitalière pouvait procéder au partage des ristournes sur la base de critères liés à la catégorie professionnelle définis par la tutelle, les ristournes représentent 25 à 30% des recettes résultant du recouvrement partiel des tarifs de soins auprès des usagers. Pour le reste, l'affectation, le recrutement, l'avancement et les sanctions du personnel de l'hôpital étaient régies par le statut de la fonction publique tenu par le Ministre de la santé et celui de l'éducation nationale.

« En 1993, le partage était fait selon la liste des agents qui le méritaient et on précédait par tour de rôle selon les trimestres. Depuis 2002, avec le statut d'EPH qui accorde un statut particulier aux hôpitaux, le partage des primes (*ristournes*) était effectué selon la catégorisation du personnel et l'indice à la fonction publique (A, B, C, D) et représente 25% à 30% des recettes propres. En somme c'est un nouveau style de gestion. De façon spécifique elle vise surtout l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients avec un personnel suffisamment motivé » (DgHopX).

Dans le cadre du financement de l'hôpital, deux mécanismes de financement ont été mis en place. Il s'agit du financement à partir du budget de l'État sous forme de subventions soumis à l'arbitrage des Ministres de la santé et de celui des finances domiciliées au trésor public puis notifiées à l'établissement hospitalier. Parallèlement, l'hôpital peut effectuer un recouvrement partiel des coûts des soins auprès des usagers sous forme de paiement direct. Le directeur général est l'ordonnateur délégué des budgets, leur mobilisation, l'exécution et le contrôle se font par un comptable public et un contrôleur financier selon les règles de la comptabilité publique. Ceux-ci sont désignés par le Ministre de la santé et celui des finances. Il s'agit de mécanismes qui combinent les caractéristiques de la délégation et de la déconcentration. Il n'existait aucun mécanisme de transfert des budgets de la direction générale aux services de spécialité.

« Afin de s'assurer de la maîtrise des dépenses hospitalières qui sont croissantes, l'État a institué un arbitrage budgétaire annuel par le Ministère des finances et celui de la santé. Au cours duquel devra être discuté et inscrit le montant individuel des budgets alloués à chaque établissement hospitalier. La mobilisation et l'exécution des dits budgets sont conditionnées à un arrêté d'ouverture de crédit délivré par le Ministre des finances » (CTHop).

#### *Transformations effectuées dans l'hôpital*

L'hôpital a été érigé en établissement public hospitalier ce qui le dote d'une autonomie de sorte que certaines fonctions spécifiques du Ministre de la santé sont déléguées auprès du directeur général qui ne se réfère pas à lui pour le recrutement des agents du support technique, l'obtention de recettes bien qu'encadré par la tutelle, l'approvisionnement en petits intrants et consommables médicaux. Pour le reste, l'établissement hospitalier est soumis aux règles générales de passation des marchés publiques et soumis à l'approbation du Ministre de tutelle.

« .....Beaucoup d'actes ont été pris en faveur des établissements hospitaliers tels la loi hospitalière, la charte du malade, l'arrêté fixant leur organisation et leur fonctionnement, l'arrêté sur les procédures budgétaires...les directeurs généraux doivent profiter de ses avancées et de leur statut sinon leur gestion sera compromise..... » (CTHop).

« Les problèmes actuels des hôpitaux sont liés à un manque de vision du cabinet du Ministre. On fait une gestion de l'hôpital selon l'ancienne formule comme des administrations classiques, ils ne jouissent pas dans les faits de leur large autonomie. Et les directeurs des hôpitaux sont mal outillés pour faire face à la situation actuelle. Ils ont surtout besoin de courage dans leurs prises de décision

pour imposer leur l'autorité et défendre leurs positions face au ministère de la santé. .... » (CTMARH).

« Depuis 2002, ce qui a été perçu par l'administration hospitalière était une décentralisation du pouvoir central (EPA-EPH). Les hôpitaux ont eu la possibilité de recruter sur fond propre du personnel de soutien (les manœuvres et quelques secrétaires médicaux). Ce qui est très important avec des contractuels et des conventionnaires. Sur le plan des infrastructures et des équipements, l'autonomie et la décentralisation ont permis aux hôpitaux de prendre des décisions pour leur propre développement. La réforme nous a permis de faire de nouvelles constructions (bloc des urgences, administratif, 5 blocs opératoires), et la réhabilitation de la pédiatrie, de la médecine, du réfectoire, de l'accueil et de l'hébergement des gardes malades par un hangar, l'extension de la radiologie. Il y'a aussi l'amélioration du fonctionnement de la pharmacie hospitalière par la mise à disposition des kits opératoires, l'assainissement de l'hôpital et la moralisation de la gratuit, l'amélioration du bureau des entrées pour diminuer les fils d'attente » (DsHopX).

Globalement, l'hôpital fonctionnait comme une unité administrative subordonnée, certaines fonctions essentielles sont fortement déconcentrées comme la création de nouveaux services, la gestion du personnel (recrutement, affectation, sanction, avancement « nomination des médecins-chefs » et motivation), la gestion des ressources financières.

« Depuis 1992, l'hôpital a été détaché de la direction nationale de la santé puis rattaché au cabinet du Ministre (secrétariat général). Donc selon l'organigramme du ministère de la santé, l'hôpital se trouve au même niveau de la hiérarchie que la direction nationale de la santé. Cependant, un problème reste poser quant à la gestion des ressources humaines. Par exemple, un agent de l'hôpital qui rentre d'une formation à l'extérieur du pays est directement mis à la disposition de la direction nationale de la santé alors que les hôpitaux ne relèvent plus d'elle. Après, il faudra par la suite que le cabinet du Ministre fasse un redéploiement de l'agent à l'hôpital. C'est un exemple parmi tant d'autres qui montrent à quel point notre marge de manœuvre est limitée. Nous avons souhaité une gestion globale des ressources humaines au niveau de l'hôpital en dehors de la direction nationale de santé et du cabinet du Ministre » (DgHopX).

La tutelle gardait une envergure de commandement importante sur les questions financières à l'hôpital. Elle a été en lien avec le manque d'autorité du directeur et de son adjoint à effectuer certains changements structurels internes, ceux-ci seraient aussi incompetents en gestion (tous les directeurs généraux étaient des médecins cliniciens) pour opérer les meilleurs choix de gestion. Un référentiel métier de gestionnaire hospitalier avait été conçu

en 2000 par la mission d'appui à la réforme hospitalière, il n'avait pas été appliqué. La mobilisation et l'exécution des budgets de l'hôpital sont sous la tutelle du Ministre de la santé qui désigne un contrôleur financier et un comptable public. Il notifie simplement à l'établissement hospitalier le budget d'État qui reste domicilié au trésor public et fixe le montant du tarif des prestations de soins à la charge des usagers. Le directeur général est l'unique ordonnateur délégué des budgets et rend compte directement de sa gestion au « secrétaire général » (vice Ministre) du Ministère de la santé.

« .....Pour la mobilisation et l'exécution des budgets, nous somme tenu de respecter les principes de la loi des finances et de rester conforme aux procédures indiquées par la tutelle... par exemple les délais d'ouverture de crédit ne riment pas avec le rythme des demandes urgentes et spontanées émanant de nos services techniques. Pour un budget notifié au trésor public en janvier, l'ouverture de crédit peut aller souvent jusqu'en fin mars - début avril...parfois avec des coupures budgétaires sans que l'on ne soit informé préalablement » (ChefComptaX).

« en 2008, le sursis à l'augmentation du tarif des prestations de soins par le Ministre de la santé a été négativement ressentis par l'administration hospitalière. C'était des manques à gagner énorme. La décision a été prise par le conseil d'administration en 2008. Il a été difficile pour le directeur général et les membres du conseil d'administration de revenir sur une décision qu'ils avaient prise auparavant et qui était déjà portée à l'attention des travailleurs de l'hôpital. C'était une décision unilatérale de la tutelle du Ministre de la santé..... » (DgaHopX).

Enfin, le Ministre de la santé n'était pas sorti de sa logique pyramidale et hiérarchique de gestion du système hospitalier, les cadres de son cabinet ne semblaient pas être prêts pour une nouvelle pratique de la tutelle. Elle n'avait pas évolué vers un rôle d'accompagnement et de conseil des établissements. Ce retard dans le transfert des compétences de la tutelle vers l'hôpital qui du reste respecte la logique politique de l'autonomie de gestion (plus orienté par la déconcentration) semble s'expliquer en partie par l'inexpérience des décideurs (le cabinet du Ministre) pour conduire un tel processus de réforme et l'important soutien financier que ces derniers apportent au fonctionnement de l'hôpital.

« On a passé 2 ans à discuter des contours de l'autonomie de gestion, c'était à l'époque un esprit nouveau qui a apparu avec le processus d'élaboration du PE. Sa mise en œuvre a eu lieu en partie et d'ailleurs cela était prévu depuis le début car on savait que l'on ne pouvait pas tout faire. On a vécu le processus comme une aventure car personne n'avait l'expérience ni la tutelle, ni les hôpitaux. Forcément les choses ne vont pas aller comme prévu. À l'époque, on avait conscience des

insuffisances de ressources mais vu que c'est un projet, on allait l'ajuster au fur et à mesure en fonction de la disponibilité des ressources humaines.... » (CTMARH).

« On laisse toujours une marge de manquant du budget prévisionnel, un gap qui doit être comblé par l'hôpital ce qui suppose que l'on peut décider de jouer sur les tarifs comme nous le voulons. Cela pose problème et limite le pouvoir d'action des administrateurs hospitaliers. On a des tarifs uniformément appliqués et disproportionnels car pour des actes médicaux d'envergure différente, (on) nous oblige d'appliquer des tarifs que l'on ne trouve pas logique, c'est le ministère qui nous impose des tarifs de soins » (DgaHopX).

En l'absence de modalités pratiques de transfert des ressources et des responsabilités de la direction générale aux services de spécialité et aux départements (excepté la dotation en petits matériels de soins), les médecins chefs étaient parfois associés aux choix des équipements médicaux (l'expression des besoins) à acquérir. Il s'agit là d'un frein au processus de délégation (intention politique) qui prévoit l'attribution de responsabilités formelles aux chefs de service et l'assignation de ressources à leur niveau.

« Je pensais que l'autonomie aurait supposé que les principaux intervenants de l'hôpital se concertent et se mettent d'accord autour des priorités à prendre sur le budget et que l'on privilégie certains services comme tenu de leur spécificité. Cela supposait que par service, il devait avoir un budget et que le chef de service aura le privilège de les exécuter » (Med2chefHopX).

« Je te disais tantôt que l'on a un budget commun qui relève de l'ordonnateur du budget (le directeur général ou le Ministre de la santé que sais je encore) c'est un handicap pour les praticiens. C'est comme s'il faut justifier quelque chose que tu ne contrôle pas. Le directeur et son staff font ce qu'ils veulent. Le Ministre parle parfois aussi et donne des directives selon un cadre tracé d'après ses priorités définies » (ResSyndicHopX).

La mise en place de la Commission médicale d'établissement (CME) et de la Commission des soins infirmiers et obstétricaux (CSIO) était présentée comme une alternative à une participation des professionnels de santé à la gestion de l'hôpital. Il s'agit d'un mécanisme pour favoriser le prolongement du processus de délégation des responsabilités du directeur général auprès des médecins chefs. Le rôle de la commission médicale n'était pas clair pour tous les acteurs, elle est reliée à son degré de fonctionnalité et à l'adhésion de ceux-ci à sa source. Le manque d'incitatif des membres siégeant rendait la commission peu active dans l'établissement. Aussi, le directeur général de l'établissement hospitalier ne semblait pas apporter le support nécessaire à son bon fonctionnement soit par la méconnaissance de son

rôle réel dans le processus de gestion ou pour rester conforme à la loi hospitalière qui est muette sur la définition des contours de son financement (attribution d'émolument des membres, primes etc).

« La commission médicale n'a pas jugé nécessaire de sensibiliser les médecins sur leur rapport avec l'administration hospitalière. Ils sont sensés respecter la hiérarchie. Il faut que les gens respectent l'administration quelque soit leur titre, lorsqu'il y a des décisions administratives que cela puisse s'appliquer. Dans notre pays, on sait aussi que les gens utilisent des relations personnelles pour arriver à leurs fins, nous assistons impuissant à la situation de deux poids, deux mesures. Que faire !!! » (DgHopX).

« Les mécanismes de suivi qui avaient été mis en place par la MARH n'ont pas suivi car la MARH a disparu. Les mécanismes de gestion mis en place n'ont pas été actifs et leur cadre d'action n'a pas été bien défini (les commissions des soins infirmiers, hygiène et assainissement, la CME...). Ces *organes* n'ont pas de cadre organique clair et bien défini. Les réunions sont trop espacées (rarement une fois par trimestre), ils n'agissent pas réellement comme des organes de suivi de l'activité hospitalière de tous les jours. Normalement les membres de ces organes doivent être des concepteurs de la politique interne de l'hôpital, en réalité tel que l'on voit c'est plutôt des créations purement théoriques » (CTHop).

« .....Du point de vue organisationnel on a constaté une (déconcentration) du pouvoir où l'on a des organes consultatifs pour les infirmiers et les médecins (CSIO et CME). Leur fonctionnalité varie d'un hôpital à un autre. Globalement, ces organes ne fonctionnaient pas bien. Sur les deux organes consultatifs on constate qu'il y'a au moins un qui est fonctionnel. Pour les organes qui fonctionnent, on a toujours l'impression qu'ils ne sont pas en phase avec l'administration hospitalière. Et nous doutons de leur capacité à répondre aux problèmes des professionnels et de l'hôpital. Ce qui crée une situation de conflit et on constate une rupture entre l'administration et les professionnels de santé (ex. le conflit à l'hôpital Y est lié à l'incapacité pour la CME de prendre en charge les problèmes) » (CTAneh).

La Commission des soins infirmiers et obstétricaux (CSIO) était parfois fonctionnelle dans les deux établissements. Les infirmiers se réunissaient de façon plus régulière dans l'établissement sur la demande de la direction générale. Elle a permis une meilleure organisation de la pratique infirmière et son encadrement. Elle n'a pas été suffisamment soutenue financièrement par la direction générale pour la tenue régulière de ses réunions.

« Il n'y'a pas de gros bouleversements, personne n'a réagit et ça s'est bien passé. Du côté des infirmiers, la commission des soins infirmiers les a suffisamment formé et informé de façon continue. ». (PreCSIOHopX).

Dans le cadre de l'exercice de la tutelle, il était prévu un contrat d'objectif et de moyen liant le ministère de la santé aux établissements publics hospitaliers. Il faisait référence au projet d'établissement (accord quinquennal d'établissement) qui conditionne la dotation des subventions de l'État. L'établissement hospitalier a élaboré son projet d'établissement sur cinq ans (2003/2008) et signé avec le Ministre de la santé et le directeur général. C'était une nouvelle base contractante qui lie l'hôpital à l'État. L'influence forte et constante des directives déconcentrées de la tutelle sur la prise de décision à l'hôpital, le manque de suivi de sa mise en œuvre, et l'insuffisance du financement sont mis en cause dans le non respect de ce schéma de planification. Le Ministre de la santé continuait à intervenir directement dans l'hôpital, il définissait les orientations et le contenu des objectifs sectoriels à poursuivre dans le cadre du plan décennal de développement sanitaire et social (PDSS).

« Nous avons 11 EPH au Mali et tous ont des projets d'établissement même si la pérennité des actions entreprises pose problème...l'application du projet d'établissement (PE) est relativement mieux dans l'établissement Y, sinon globalement les projets d'établissement dorment dans les tiroirs des directeurs des hôpitaux....Les transformations des hôpitaux ne suivent pas. Par exemple, l'hôpital X devait s'occuper des urgences (hôpital mère-enfant-urgence) tandis que la cardiologie et d'autres spécialités devaient aller à l'hôpital Y (Hôpital pour maladies chroniques). Dans les faits sur la demande du Ministre on a assisté à une augmentation de la taille du service de cardio à l'hôpital X et de nouvelles spécialités continuent à voir le jour. Ce qui est paradoxal et contraire à l'esprit et à l'orientation du PE...» (R1Aneh, avril 2009).

« Le projet d'établissement, à ce niveau il y a un problème car entre le budget initial contenu dans le projet et le budget au moment de sa conception (par exemple le prix des matériels) et le moment effectif de sa mise en œuvre les choses diffèrent. Les projets ont été très ambitieux dans leur programmation, on dirait que les concepteurs (les directions des hôpitaux de l'époque et les consultants commis par le Ministre de la santé) n'ont pas tenu compte de sa réalisation financière...j'ai entendu dire que la plupart des établissements l'ont fait parce que c'était tout simplement une instruction de la tutelle... » (DgHopX).

« J'ignore comment l'idée de la réforme est arrivée au Ministère de la santé. Un beau jour, on nous a appelé lors d'un atelier pour nous dire ce qu'il faut faire (à l'époque j'étais la directrice d'un hôpital). Il ne faut pas oublier le Prodess qui était un autre défi pour nous. On s'est approprié la réforme mais il y'avait une incompréhension car la MARH nous avait dit qu'il y'avait beaucoup d'argent pour financer nos projets d'établissements alors qu'au fond c'était qu'une vision et un outil de planification. On n'a compris plus tard (on a été mis devant les faits accomplis) que c'était seulement le budget d'état, nos recettes propres et l'appui budgétaire sectoriel qui devait prendre en charge le financement de nos projets

d'établissements. A l'hôpital X le projet d'établissement était budgétisé à environ quatre milliards de francs Cfa..... » (CTHop).

« Je me demande toutefois si les directeurs actuels ont lu leur projet d'établissement, à présent ils ne les ont pas évalué ni renouvelé car ils estiment que c'était fait juste pour le premier quinquennat et ils ont du mal à s'identifier dans ce qui est fait avant eux. Ceci explique que les directeurs se réfèrent pas du tout à ce qui est prévu dans le projet d'établissement alors qu'il y avait un plan architectural clair en la matière. Il est important de savoir qu'il y a un relâchement au niveau du ministère de la santé qui fait moins de suivi. À l'hôpital X et Y les directeurs généraux font construire des locaux anarchiquement et dans tous les sens » (CTAneh).

**En résumé**, pour les changements intervenus dans la structure, on observe selon l'importance des responsabilités attribuées à l'hôpital public un écart entre la logique initiale de la réforme (déconcentration / délégation et privatisation) et les mécanismes mis en place (déconcentration / délégation) et les transformations effectuées dans l'hôpital (déconcentration / délégation). Le tableau 3 ci-dessous synthétise les variations entre les intentions politiques de la réforme par l'autonomie administrative et financière dans l'établissement X, les mécanismes mis en place et les transformations effectuées dans l'hôpital.



**Tableau 3 : Cadre synthétique d'analyse de la logique de l'autonomie administrative et financière dans l'hôpital X**

Dimensions de la décentralisation par niveau / Autonomie administrative et financière	1. Effets recherchés / Intentions politiques	2. Mécanismes mis en place à l'hôpital	3. Transformations dans l'hôpital (Résultats).
<b>Déconcentration</b>	L'affectation, le recrutement, les sanctions et la motivation du personnel (excepté le personnel de support technique) relèvent directement du Ministre de la santé et de celui de l'éducation.	<p>Budget d'État domicilié au trésor public</p> <p>Contrôle de l'exécution du budget par la tutelle (présence d'un Contrôleur financier représentant l'État).</p> <p>Existence de principes étatiques (loi des finances) de mobilisation et d'exécution des ressources sur les deux budgets (autonome et étatique). Présence d'un comptable public dans l'hôpital pour le maniement des fonds.</p> <p>Mise en place d'une commission budgétaire des hôpitaux au ministère de la santé pour arbitrer la répartition des ressources de l'état entre les hôpitaux publics et les hôpitaux privés qui participent au service public.</p>	<p>L'hôpital apparait comme une unité administrative subordonnée, le directeur de l'hôpital rend compte de sa gestion au Ministre de la santé ou à son secrétaire général (vice Ministre). Le Ministre de la santé définissait l'orientation de l'hôpital et le contenu des objectifs sectoriels à poursuivre dans le cadre du plan national de développement sanitaire et social (PDSS) (tel que défini par l'article 101, loi hospitalière). La gestion de son personnel (affectation, recrutement, motivation, sanctions disciplinaires et avancement) relève du Ministère de la santé, et de celui de l'éducation. Nomination des médecins-chefs par le Ministre de la santé. La gestion des ressources financières est toujours subordonnée à l'avis du Ministre de la santé (présence d'un contrôleur financier représentant le Ministre de la santé et celui des finances) et d'un comptable public pour le maniement des fonds selon les règles de la comptabilité publique.</p> <p>Seul le directeur de l'hôpital est l'ordonnateur délégué des budgets.</p> <p>L'essentiel des subventions au fonctionnement et pour l'investissement est apporté par le Ministre de la santé (qui ne recoure pas à la commission budgétaire des hôpitaux) en plus du recouvrement partiel des coûts auprès de l'utilisateur.</p> <p>Le tarif des prestations de soins est fixé par un arrêté du Ministre de la santé. Ce dernier fixe également le taux des primes de rendement et les modalités de son attribution au personnel.</p>

<b>Délégation</b>	<p>Autonomie de gestion (conseil d'administration indépendant), évolution de la tutelle du Ministre de la santé vers un rôle de conseil et d'accompagnement des hôpitaux, cofinancement de l'hôpital à partir des subventions de l'État et des recettes propres générées à l'hôpital à partir du recouvrement partiel des coûts des soins auprès des usagers.</p> <p>Adoption d'un régime budgétaire et comptable spécifiques aux hôpitaux.</p> <p>Attribution de responsabilités formelles aux médecins-chefs de services techniques et assignation de ressources à leur niveau. Collaboration interprofessionnelle encouragée et renforcée par le développement des équipes multidisciplinaires.</p>	<p>Attribution de statut juridique spécifique d'établissement public hospitalier (EPH) à l'hôpital défini comme un organisme personnalisé (article 6, loi hospitalière); mise en place de conseil d'administration révisé avec de nouveaux membres, mise en place d'un contrat d'objectif et de moyen entre l'hôpital et la tutelle (planification stratégique matérialisé par le PE); existence de deux budgets à l'hôpital (le budget d'état logé au trésor public et le budget autonome logé dans un compte bancaire), possibilité de générer des recettes propres à l'hôpital (recouvrement partiel des coûts des soins supporté par le patient) dans le respect de la réglementation gouvernementale.</p> <p>Transfert progressif des budgets et des ressources matérielles aux services de spécialité et aux départements; formation des professionnels de santé en gestion et responsabilité médicale.</p> <p>Instauration d'un mécanisme d'incitations du personnel (attribution de ristournes ou primes de rendement); et de motivation à plus de collaboration interprofessionnelle (possibilité de formation des équipes pluridisciplinaires, mise en place des staffs interdisciplinaires), possibilité de désignation de personnel relais pour la coordination des relations interservices.</p> <p>Création de cadre de concertation et d'espaces d'échange (commission médicale et commission des soins infirmiers) en vue de l'implication des professionnels de santé à la gestion de l'établissement.</p>	<p>Attribution d'un statut spécifique à l'hôpital (EPH) avec certaines fonctions sont déléguées sur la base d'un contrat d'objectif et de moyen et sous contrôle strict du ministère de la santé (ex recrutement interne des agents du support technique, obtention des recettes, approvisionnement en intrants et consommables médicaux etc).</p> <p>Absence de modalités pratiques de transfert des ressources aux services de spécialité et aux départements (uniquement notification de l'enveloppe budgétaire consacré aux achats de matériels médicaux et assignation de quelques matériels de soins aux services X).</p> <p>Création des instances consultatives comme la commission médicale d'établissement (CME pour les médecins) et la commission des soins infirmiers et obstétricaux (CSIO pour les infirmiers), elles étaient peu fonctionnelles notamment la CME.</p> <p>Plan stratégique (PE 2003/2008) élaboré et validé par la tutelle (projet quinquennal d'établissement) peu partagé par le personnel, très peu respecté par l'administration hospitalière (ce sont les directives de la tutelle qui priment pour la création de nouveaux services de spécialité, la nomination des chefs de services, les transformations architecturales et la fusion des équipes professionnelles).</p>
<b>Dévolution</b>			
<b>Privatisation</b>	<p>Intervention des établissements privés dans le service public de santé (article 18-20, loi hospitalière) sur la base d'un contrat (convention) signé entre le Ministère de la santé et ses dits établissements selon un paquet de services prédéfinis (c'est plutôt une délégation vers le privé qui est visée).</p>	<p>Existence d'un cadre juridique de la privatisation (article 18-20, loi hospitalière relatifs à la participation au service public hospitalier des établissements hospitaliers privés).</p> <p>Possibilité de contrat ou convention signé entre l'établissement privé et la tutelle pour définir les modalités de collaboration entre le secteur public hospitalier et privé.</p>	<p>Inexistence de contrat (convention) liant l'hôpital X à un établissement hospitalier privé, seulement le Ministère de la santé assure une supervision technique de l'ensemble des établissements hospitaliers publics et privés du pays pour le respect de la réglementation gouvernementale et de la législation nationale de santé en vigueur.</p>

#### ***4.1.1.2 Implication des populations locales à la gestion de l'hôpital X***

##### *Effets recherchés / Intentions politiques*

Les établissements publics hospitaliers devaient passer de l'autogestion à la cogestion avec les populations locales. Le conseil d'administration sera composé presque exclusivement des représentants des collectivités territoriales et des élus locaux qui vont définir la politique de l'établissement et assurer le contrôle du fonctionnement interne. Le conseil d'administration de l'hôpital qui va disposer de prérogatives et de pouvoirs étendus par rapport à l'ancien système fortement centralisé avant 2002, il doit cependant référer au Ministre de la santé pour l'exécution de ses délibérations. L'effet principal recherché était une dévolution en même temps qu'une supervision technique de l'état était souhaitée.

« Notre idée derrière cette reconstitution du conseil était tout simplement que les populations puissent savoir de près ce qui se passe dans leur hôpital afin qu'elles s'impliquent un peu plus pour aider à trouver une solution aux problèmes de l'accueil. Pour faire passer la composition du conseil d'administration ce n'était pas facile. Le Ministre de la santé était opposé à cette façon de faire, le dernier mot revenait à la tutelle. L'hôpital est autonome mais pas indépendant donc devra rester encore sous la tutelle du Ministre de la santé. Les membres du conseil ne sont pas obligés de savoir techniquement ce qui se passe dans l'hôpital. L'idée était que la tutelle puisse toujours se prononcer sur l'avenir de l'hôpital..... » (CTMARH).

« Les établissements publics hospitaliers sont créés par la loi, après avis de la commission nationale hospitalière et approbation de l'assemblée régionale de leur lieu d'implantation ou du conseil de district à Bamako. Le nombre total des membres du conseil doit être compris entre 17 et 25 et composé des membres représentant avec voix délibérative les collectivités locales, les usagers, les personnalités désignées au sein de la société civile par le Ministre de la santé, le personnel de l'hôpital. Il définit la politique générale de l'établissement hospitalier. Ses délibérations sont consignées dans un registre coté et paraphé par l'autorité de tutelle. Le conseil est informé des observations de l'autorité de tutelle résultant notamment de l'exploitation des rapports d'évaluation et de contrôle sur le fonctionnement et la gestion de l'établissement » (Art 55-67, Loi Hosp n 02-50/2002, pages 11-14).

Certaines caractéristiques fortes de la délégation et surtout de la déconcentration ont été également affirmées dans le cadre de la réforme du conseil d'administration de l'hôpital X particulièrement pour ce qui est du financement de l'hôpital, la gestion du personnel et l'orientation de l'établissement. Le directeur général de l'hôpital et son adjoint qui sont des

fonctionnaires nommés par le Ministre de la santé indépendamment de leurs prérogatives propres vont exécuter les délibérations du conseil d'administration.

Les collectivités locales vont participer au financement de l'hôpital, qui est également habilité à faire des recettes à partir du recouvrement partiel des coûts auprès des usagers et reçoit les subventions de l'état. Par conséquent, elles seraient en mesure d'effectuer un contrôle sur la gestion de l'établissement. Il s'agit là d'une caractéristique essentielle de la dévolution. Parallèlement, le conseil sera tenu dans le cadre de la planification et de l'affectation des ressources de l'hôpital d'inscrire ses actions dans le cadre stricte des orientations stratégiques et des objectifs définis par le Ministre de la santé. Cette déconcentration allait concerner également la gestion du personnel qui est fonctionnaire (excepté en partie sa motivation) donc relève directement du Ministre de la santé et de celui de l'éducation en ce qui concerne les affectations, le recrutement, la formation de longue durée, les sanctions, et l'avancement.

« Les établissements publics hospitaliers collectent et disposent de l'ensemble des ressources générées par leurs activités, ainsi que celles qui leur sont affectées. Les ressources sont déposées dans des comptes ouverts en leurs noms dans des établissements bancaires situés sur le territoire national. Les ressources proviennent du budget d'état et ou des collectivités locales sous forme de dotation annuelle de fonctionnement ou de subventions spéciales » (Art 91, Loi Hosp n 02-50/2002, page 19).

« .....afin de garantir la maîtrise des dépenses hospitalières, la somme des charges budgétaires de tous les établissements hospitaliers publics et des établissements hospitaliers privés participant au service public hospitalier est plafonnée. Le montant de ce plafond est fixé chaque année par arrêté conjoint du Ministre chargé de la santé et du Ministre chargé des finances » (CTHop).

« Il était prévu que le conseil d'administration de chaque établissement hospitalier puisse définir les primes et les autres avantages non statutaires destinés à son personnel. Il s'agit d'une politique d'intéressement du personnel à partir des excédents des résultats de l'exercice écoulé. Leur attribution va dépendre de l'activité et de la qualité des prestations, les modalités de l'intéressement seront fixées par un décret pris en conseil des Ministres » (CTMARH).

#### *Mécanismes mis en place à l'hôpital*

Le Ministre de la santé a défini à travers la loi hospitalière un cadre juridique qui accepte la participation presque exclusivement des populations locales (en plus de la direction générale et d'un représentant du personnel) à la gestion de l'hôpital X et à son financement.

Cette intention politique d'aller vers la dévolution mélange en plus certaines caractéristiques fondamentales de la déconcentration et de la délégation respectivement en ce qui a trait au rôle du conseil dans la prise de décision sur les ressources financières et humaines, le financement des activités hospitalières et l'orientation globale de l'établissement hospitalier.

Les fondements juridiques ont été nécessaires pour que les orientations de la dévolution puissent être opposables aux différents acteurs à tous les échelons de l'administration hospitalière. Les principaux mécanismes mis en place ont consisté (1) à légiférer par deux lois fondamentales à savoir la loi d'orientation sur la santé (loi 02-049) et la loi hospitalière (loi 02-050) sur la participation communautaire à la planification, à l'organisation et au contrôle des établissements hospitaliers, (2) à retirer le Ministre de la présidence du conseil et ensuite identifier les nouveaux membres du conseil et à procéder à leur nomination, (3) à définir un calendrier des sessions statutaires qui se tiennent deux fois par an (session d'examen budgétaire et d'évaluation du rapport d'activités du directeur général) sauf cas de force majeure, (4) et à créer au Ministère de la santé une « cellule d'appui à la décentralisation/déconcentration » (CADD/MS) pour promouvoir la participation locale et faciliter le transfert des compétences en matière de santé et des ressources de l'État aux collectivités locales.

« La déclaration de politique sectorielle de santé qui était simplement consensuelle est devenue une loi d'orientation sur la santé complétée par la loi sur la réforme hospitalière. Les opportunités couvertes par le cadre institutionnel à savoir la loi 92-008 portant conditions de la libre administration des collectivités territoriales et la loi 95-034 portant code des collectivités territoriales indiquent que les collectivités territoriales ont pour mission la conception, la programmation et la mise en œuvre des actions de développement économique, social et culturel d'intérêt régional ou local. Chaque collectivité règle par délibérations ses affaires propres » (CTHop).

« Les établissements publics hospitaliers sont créés par la loi, après avis de la commission nationale hospitalière et approbation de l'assemblée régionale de leur lieu d'implantation ou du conseil de district à Bamako. Le nombre total des membres du conseil doit être compris entre 17 et 25 et composé des membres représentant avec voix délibérative les collectivités locales, les usagers, les personnalités désignées au sein de la société civile par le Ministre de la santé, un représentant du personnel de l'hôpital » (Art 55-67, Loi Hosp n 02-50/2002, pages 11-14).

Il n'existe pas dans l'hôpital X un mécanisme clair qui définit clairement les modalités de la participation des collectivités territoriales au financement de l'hôpital. Le financement de l'hôpital repose sur les subventions de l'État qui sont logées au trésor puis notifiées à l'établissement par la tutelle. Le budget propre issu du recouvrement partiel des coûts auprès des usagers est domicilié dans un compte bancaire, sa mobilisation et son exécution s'effectuent sous le contrôle de l'état (représentés par un contrôleur financier et un comptable public désigné par le Ministre) dans le respect de ses principes. Le mécanisme budgétaire existant en l'absence de financement local traduit plutôt une déconcentration dans la mobilisation, l'exécution et le contrôle des ressources financières et une délégation faible par l'obtention des recettes comme nous l'avons démontré dans la section précédente portant sur l'autonomie administrative et financière.

Un recours du conseil d'administration à l'avis du Ministre pour ses délibérations est également envisagé et cela conformément aux orientations stratégiques et aux objectifs définies par lui et contenu dans le plan de développement sanitaire et social. La signature d'un contrat d'objectif et de moyen (projet d'établissement) entre l'hôpital et la tutelle du Ministre de la santé constitue aussi un cadre légal auquel réfère le conseil parfois pour la planification des activités hospitalières et de toute modification dans la structure des services de spécialité (affectation du personnel entre les services, l'approvisionnement en petits matériels et consommables médicaux, la formation continue du personnel, la fusion des équipes professionnelles, la désignation de personnel de relais c'est-à-dire les chefs d'unité). Pour impliquer les professionnels de santé à la gestion de l'établissement, des organes consultatifs (CME et CSIO) ont été créés pour aider le conseil d'administration dans sa prise de décision. Ces instances consultatives regroupent les différentes catégories professionnelles. Comme nous l'avons décrit dans la section portant sur l'autonomie administrative et financière, il s'agit là d'un dispositif peu opérationnel pour conforter véritablement le conseil d'administration dans sa prise de décision.

#### *Transformations effectuées dans l'hôpital*

Un nouveau conseil d'administration a été mis en place dans l'établissement X en 2003. Il permettait une participation massive des populations locales à la gestion de l'établissement qui constituaient 80% de l'effectif des membres siégeant en plus d'un représentant des

travailleurs et des membres de la direction générale. Les réunions statutaires du conseil se tenaient régulièrement et permettaient parfois la prise de décision interne qui a concerné sporadiquement le recrutement d'agents de support technique, leur affectation interne et l'approvisionnement des services en petits matériels et consommables médicaux. Il s'agit ici de certaines fonctions déléguées sur la base d'un contrat d'objectif et de moyen (le projet d'établissement) signé entre la tutelle et l'établissement hospitalier tandis que l'essentiel des décisions étaient restés déconcentrés.

« De 1991 à 2002, les hôpitaux étaient des EPA, c'est en 2002 qu'ils sont devenus des EPH. Le but était de renforcer notre autonomie afin de les rendre plus fonctionnel et orienté vers la gestion d'entreprise et non comme une administration. C'était une prétention que cela allait concerner les ressources humaines et financières. Si la réforme était allé à bout on allait régler pas mal de choses notamment organiser la mobilité du personnel hospitalier (actuellement un directeur ne peut pas les renvoyer, ni les sanctionner directement). C'est une autonomie de façade » (ChefComptaHopX).

« Pour les finances, on nous fait juste une notification du crédit alors que l'on nous aurait promis de verser l'argent directement dans notre compte bancaire car au fonds la notification ne garantit pas le paiement des sommes dues. Pour la gestion du matériel, au moment de l'acquisition c'est le marché publique qui fait le choix définitif, on ne peut pas choisir notre marque même si elle est connue être la meilleure de la place. Ceci limite notre marge de manœuvre dans le choix des acquisitions. En théorie, la réforme était bien mais dans la pratique ça ne marche pas bien » (DgHopX).

L'essentiel des décisions financières de l'hôpital (la mobilisation et l'exécution des budgets) étaient référées au Ministre de la santé ainsi que la gestion des ressources humaines c'est le recrutement, l'affectation, l'avancement, les sanctions et la motivation. Il définissait l'orientation stratégique de l'hôpital et le contenu des objectifs sectoriels à poursuivre dans le cadre du PDSS. L'implication du conseil a été marginale dans le fonctionnement interne de l'hôpital X. Il était intervenu une fois pour gérer un conflit grave qui opposait la direction générale et les syndicats des travailleurs.

« Mon style de gestion n'est pas celui qui voudrait être populiste (applaudi), je n'ai pas besoin d'être applaudi. Je me mets à la tâche et je travaille sans égard. Je n'ai pas accepté l'attitude des syndicats à vouloir plus de responsabilité et que je partage ma prise de décision avec eux. Cela je ne peux l'accepter, je compte sur ceux qui veulent travailler, je ne cherche pas à être accompagné. J'invite plutôt les gens à travailler. J'ai adressé une lettre au conseil dans ce sens.... » (DgHopX).

« ...Le départ du Ministre du conseil a créé un niveau supplémentaire de discussion car après les décisions arrêtées lors des sessions statutaires du conseil, le directeur général de l'hôpital doit encore référer au Ministre de la santé qui peut accepter ou rejeter les décisions. Les délibérations du conseil ne sont exécutoires qu'après leur approbation par le Ministre de la santé. Cela semble s'expliquer aussi par le fait que le conseil actuel est composé majoritairement de gens qui sont en dehors de l'hôpital, ils connaissent très peu les vrais problèmes de l'hôpital » (DsHopX).

Une difficulté majeure à la recomposition du conseil semblait être la coordination entre elle et le Ministre de la santé qui n'était plus le président. L'essentiel des subventions au fonctionnement de l'hôpital X était apporté par le budget d'État en plus du recouvrement partiel des coûts des prestations à la charge des usagers qui était fortement encadré par la tutelle, les collectivités locales ne participaient pas au financement. Le Ministre de la santé était l'ordonnateur principal des budgets de l'hôpital, et le directeur général est l'unique ordonnateur délégué. Le conseil d'administration ne peut ordonner de dépenses ni effectuer un contrôle stricte sur son utilisation. Ceci était sous un contrôle complet du Ministre de la santé. Le rôle du conseil semblait se limiter à l'examen des rapports d'activités du directeur général qui lui étaient soumis lors de ses sessions statutaires. Il n'était pas autonome, sa décision n'était exécutoire qu'après son approbation par le Ministre de la santé.

« Lors des réunions hebdomadaires du conseil de cabinet qui regroupe l'ensemble des directeurs d'hôpitaux de Bamako (la capitale du Mali), nous recevons des instructions fermes du Ministre pour la conduite de nos établissements, nous sommes tenu de les appliquer » (DgaHopX).

« Lors du collectif budgétaire du premier semestre 2008, le budget de l'hôpital a connu une diminution très importante par rapport à la dotation initiale, ce qui ne permettait pas de satisfaire parfois même les besoins élémentaires tels l'achat des petits matériels et consommables de soins dans les services, les cotons, les antiseptiques comme l'alcool. Et un an après le Ministre a encore bloqué l'augmentation des tarifs de prestations et l'attribution de primes spéciales à certains agents » (DgHopX).

En l'absence de modalités pratiques de transfert des ressources de l'hôpital de la direction générale vers les services de spécialité, le conseil d'administration ne pouvait responsabiliser les médecins-chefs dans la gestion. Et mieux, la gestion du personnel relevait directement du Ministre de la santé et de celui de l'éducation qui procèdent à la nomination des médecins-chefs, à la création de nouveaux services et départements et



déterminent la motivation et les critères de son attribution au personnel c'est-à-dire le montant des primes de rendement et de garde.

« Les problèmes actuels des hôpitaux sont liés à un manque de vision du cabinet du ministre, on fait de la gestion des hôpitaux une gestion d'urgence qui fait qu'on prend suffisamment d'engagements sans juger réellement de la capacité des hôpitaux à faire face à ses engagements (problèmes des étudiants hospitaliers et des biappartenants) qui sont pas soutenables très souvent selon l'état de leurs finances. On fait une gestion de l'hôpital selon l'ancienne formule comme des administrations classiques, ils ne jouissent pas suffisamment de leur large autonomie. Et les directeurs des hôpitaux sont mal outillés pour faire face à la situation actuelle. Les directeurs des hôpitaux ont aussi besoin de courage dans leurs prises de décision et d'imposition de l'autorité.... » (CTMARH).

Les instances consultatives de gestion (CME et CSIO) créées étaient peu fonctionnelles à cause de l'absence de financement de leurs activités, l'absence de soutien de l'administration à leur fonctionnement (peu consultées lors de la prise de décision), et la mauvaise interprétation de leurs rôles par les différents acteurs de l'hôpital. Il s'agissait particulièrement de la commission médicale d'établissement (CME) comme nous l'avions annoncé dans la section portant sur l'autonomie administrative et financière. En définitive, toutes les décisions importantes étaient restées centralisées au niveau du Ministre de la santé tandis que certaines fonctions étaient exécutées par son représentant c'est-à-dire le directeur général de l'établissement ou son adjoint. Il définissait la politique des établissements et apportait l'essentiel des budgets de fonctionnement. Cette situation ressemblait plutôt à une déconcentration selon les éléments de notre modèle d'analyse.

**En résumé**, pour les changements intervenus dans la structure, on observe selon l'importance des responsabilités attribuées à l'hôpital public un écart entre la logique initiale de la réforme (déconcentration / délégation / dévolution), les mécanismes mis en place (déconcentration / délégation / dévolution) et les transformations effectuées dans les hôpitaux (déconcentration / délégation). Le tableau 4 ci-dessous synthétise les variations entre les intentions politiques de la réforme par l'implication des populations locales à la gestion hospitalière dans l'établissement X, les mécanismes mis en place et les transformations effectuées dans l'hôpital.

**Tableau 4: Cadre synthétique d'analyse de la logique de l'implication des populations locales à la gestion de l'hôpital X**

Dimensions de la décentralisation par niveau / Autonomie administrative et financière	1. Effets recherchés / Intentions politiques	2. Mécanismes mis en place à l'hôpital	3. Transformations dans l'hôpital (Résultats).
<p><b>Déconcentration</b></p>	<p>Définition des orientations stratégiques et des objectifs de l'hôpital par le Ministre de la santé conformément au PDSS, article 43 loi hospitalière.</p> <p>Le conseil a peu d'emprise sur l'affectation, le recrutement, les sanctions et la motivation du personnel (excepté l'affectation interne du personnel de support technique). Ces tâches relèvent directement du Ministre de la santé et de celui de l'éducation.</p>	<p>Contrôle de l'exécution du budget par la tutelle (présence d'un Contrôleur financier représentant l'État).</p> <p>Respect des principes étatiques (loi des finances) de mobilisation et d'exécution des ressources sur les deux budgets (autonome et étatique). Présence d'un comptable public au sein de l'hôpital désigné par le Ministre de la santé et celui des finances dans l'hôpital pour le maniement des fonds.</p> <p>Création d'une commission budgétaire des hôpitaux au niveau du Ministère de la santé chargé de la répartition du budget global d'état entre les hôpitaux publics (article 97, loi hospitalière).</p> <p>Création d'une cellule de décentralisation/déconcentration (CADD) au ministère de la santé pour promouvoir la participation locale.</p>	<p>Le Ministre de la santé définit l'orientation de l'hôpital et le contenu des objectifs sectoriels à poursuivre dans le cadre du plan national de développement sanitaire et social (PDSS).</p> <p>La gestion du personnel de l'hôpital relève surtout du Ministère de la santé, et de celui de l'éducation.</p> <p>La gestion des ressources financières est toujours subordonnée à l'avis du Ministre de la santé (présence d'un contrôleur financier représentant le Ministre de la santé et celui des finances) est fixé par un arrêté du Ministre de la santé.</p> <p>Le Ministre de la santé fixe le tarif des prestations de soins et le taux des primes de rendement et les modalités de son attribution au personnel.</p> <p>Le paiement des dépenses, le recouvrement des recettes et le maniement des fonds sont assurés par un comptable public selon les règles de la comptabilité publique; le directeur de l'hôpital est l'unique ordonnateur délégué des budgets.</p> <p>L'essentiel de la subvention au fonctionnement est apporté par le Ministre de la santé (il n'existait aucune participation des collectivités locales au financement).</p> <p>Peu d'emprise du conseil d'administration sur la gestion du personnel (affectation, recrutement, sanction et motivation) qui relève directement du Ministre de la santé, et de celui de l'éducation. Nomination des médecins-chefs et création des services et des départements par le Ministre de la santé parfois sans informer le conseil d'administration.</p> <p>Pour la définition des modalités pratiques d'une collaboration interprofessionnelle et l'intervention en équipe pluridisciplinaire, le conseil était informé parfois des initiatives de la direction générale et des principes édictés par la tutelle dans ce sens.</p>

Dimensions de la décentralisation par niveau / Autonomie administrative et financière	1. Effets recherchés / Intentions politiques	2. Mécanismes mis en place à l'hôpital	3. Transformations dans l'hôpital (Résultats).
<p><b>Délégation</b></p>	<p>Obtention de recettes propres générées à l'hôpital par la tarification partielle des soins aux usagers.</p> <p>Planification et affectation des ressources de l'hôpital par le conseil d'administration sous la tutelle technique du Ministre de la santé</p>	<p>Attribution de statut juridique spécifique (EPH) à l'hôpital défini comme un organisme personnalisé (article 6, loi hospitalière); mise en place de conseil d'administration révisé avec de nouveaux membres venant des collectivités locales, signature de contrat d'objectif et de moyen entre l'hôpital et la tutelle (planification stratégique matérialisé par le PE);</p> <p>Existence de deux budgets à l'hôpital (le budget d'état logé au trésor public et le budget autonome logé dans un compte bancaire), possibilité de générer des recettes propres à l'hôpital (recouvrement partiel des coûts des soins supporté par le paiement directe du patient) dans le respect de la réglementation gouvernementale.</p> <p>Création de cadre de concertation et d'espaces d'échange (commissions et comités) pour fournir un avis consultatif au conseil d'administration pour la gestion de l'établissement (implication des professionnels à la gestion, coordination et intégration des services de spécialité).</p>	<p>Attribution d'un statut spécifique à l'hôpital (EPH), certaines fonctions sont déléguées sur la base d'un contrat d'objectif et de moyen et sous contrôle strict du ministère de la santé (ex affectation interne des agents du support technique, obtention des recettes, petits approvisionnements en intrants et consommables médicaux etc).</p> <p>Faible implication du conseil dans le transfert interne de responsabilités et de ressources auprès des médecins-chefs (parfois des petites initiatives propres à la direction générale pour la notification de l'enveloppe budgétaire consacré aux achats de matériels médicaux et assignation de quelques matériels de soins aux services de spécialité et aux départements).</p> <p>Inexistence de modalités pratiques de transfert des ressources aux services techniques. Création des instances consultatives du conseil comme la commission médicale d'établissement (CME pour les médecins) et la commission des soins infirmiers et obstétricaux (CSIO pour les infirmiers), elles étaient peu fonctionnelles notamment la CME.</p> <p>Existence d'un plan stratégique (PE 2003/2008) validé par la tutelle (projet quinquennal d'établissement) peu partagé par le personnel, très peu respecté par l'administration hospitalière. Ce sont plutôt les instructions de la tutelle qui priment dans la planification des activités de l'hôpital face au conseil d'administration comme dans le cas des transformations architecturales et de la fusion des équipes professionnelles etc.</p>

<b>Dimensions de la décentralisation par niveau / Autonomie administrative et financière</b>	1. Effets recherchés / Intentions politiques	2. Mécanismes mis en place à l'hôpital	3. Transformations dans l'hôpital (Résultats).
<b>Dévolution</b>	<p>Passage de l'autogestion à la cogestion avec la participation des populations locales pour la définition de la politique générale de l'établissement hospitalier (article 57, loi hospitalière).</p> <p>Présence quasi exclusive des collectivités locales et des élus locaux dans la composition du conseil d'administration.</p> <p>Participation des collectivités locales au financement de l'hôpital.</p> <p>Contrôle du fonctionnement régulier de l'hôpital (la gestion des ressources, la coordination et l'intégration des services).</p> <p>Coordination et intégration des services à travers la définition par le conseil de directives à l'attention de l'administration hospitalière.</p>	<p>Mise en place d'un cadre juridique qui autorise la participation des collectivités locales au financement de l'hôpital sous forme de dotation annuelle de fonctionnement ou de subventions spéciales (article 91, loi hospitalière).</p> <p>Prise de décision interne à l'hôpital concernant le fonctionnement quotidien des services et des départements, l'affectation du personnel dans les services et les départements, la collaboration interprofessionnelle, la formation continue du personnel à l'interne.</p> <p>Mise en place d'un calendrier de réunion du conseil d'administration (deux sessions annuelles pour l'évaluation du budget et du rapport d'activités du directeur général).</p> <p>Création de la cellule d'appui à la décentralisation/déconcentration* (CADD) pour promouvoir et impulser la participation locale.</p>	<p>Participation presque exclusive des populations locales dans le conseil d'administration de l'hôpital (80% de l'effectif des membres du conseil) et retrait du Ministre de sa présidence.</p> <p>Tenue régulière des sessions statutaires du conseil deux fois par an (session budgétaire et examen du rapport d'activités du directeur général).</p> <p>Quelques prises de décision sporadiques du conseil pour le recrutement de contractuels du support technique et leur affectation interne.</p> <p>Formulation de recommandations à l'attention de l'administration hospitalière sur les prévisions budgétaires et les dépenses, les rapports d'activités du directeur le tout étant soumis ensuite à l'approbation finale du Ministre de la santé.</p> <p>Intervention du conseil dans la gestion des conflits interprofessionnels et des conflits entre les syndicats et l'administration hospitalière.</p>
<b>Privatisation</b>			

#### ***4.1.1.3 Intégration des services de spécialité dans l'hôpital X***

##### *Effets recherchés / Intentions politiques*

Dans le prolongement du processus de décentralisation des pouvoirs du Ministre de la santé au sein de l'hôpital, il a été prévu une attribution des responsabilités formelles du directeur général et de ressources aux médecins-chefs. L'objectif de cette délégation interne était d'impliquer les professionnels de santé à la gestion et rendre imputable les médecins-chefs de la gestion des ressources financières, matérielles et humaines assignées auprès d'eux. Ils pourront prendre certaines initiatives de commun accord avec l'administration hospitalière pour la fusion des équipes professionnelles (coordination des interventions médicales) et la fonctionnalité des départements.

« Pour l'accomplissement de leurs missions, les établissements publics hospitaliers sont organisés en services administratifs, médicaux, chirurgicaux, obstétricaux, pharmaceutiques et médico-techniques. Les modalités d'organisation et de fonctionnement de ces services sont fixées par décret pris en conseil des Ministres » (Art 73, Loi Hosp n 02-50/2002, page 16).

« Face à la balkanisation de l'hôpital, il a été prévu l'adoption de nouvelles modalités de participation du personnel à la gestion. Afin de les placer sous la pleine responsabilité du directeur de l'établissement et des médecins-chefs, par la création des départements regroupant plusieurs services, la fusion des équipes et de certaines spécialités, avec l'autorisation de réaliser des activités personnalisées au sein des services de l'hôpital selon des règles précises. Aussi par l'assignation auprès des médecins-chefs des ressources dont ils peuvent avoir besoin pour les aspects relatifs aux soins et au fonctionnement adéquat des équipes professionnelles, par l'élaboration avec les intéressés du règlement intérieur de l'établissement, par la mise en place de plans de formation et de plans de carrière pour chaque agent de l'établissement, par l'intéressement financier de l'ensemble du personnel aux résultats liés à la bonne gestion ». (CTHop).

La gestion du personnel était fortement déconcentrée auprès du Ministre de la santé. Il autorise la création des départements fonctionnels et nomme les médecins-chefs.

« Dans le centre hospitalo – universitaire X, la fonction de chef de service ou de département est assurée par un personnel universitaire. Ils sont nommés par décision du Ministre chargé de la santé parfois sur proposition du directeur général et ou après avis de la commission hospitalo-universitaire créée par les Ministres de la santé et celui chargé de l'éducation » (Art 15, tiré convention hospitalo-universitaire HopX, 2003 - page 3).

« Le personnel hospitalo-universitaire participe aux tâches de gestion qu'impliquent ses fonctions, au contrôle du fonctionnement des services et des équipes professionnelles. Un arrêté conjoint du Ministre chargé de la santé et du Ministre chargé de l'enseignement supérieur fixe les modalités de cette prise en charge » (DgHopX, référé Art 25/30 Décret n 346-PRM du 08/2003 portant mise en œuvre de la Convention Hospitalo-universitaire).

### *Mécanismes mis en place à l'hôpital*

Pour faciliter la délégation des responsabilités formelles du directeur général et des ressources aux médecins chefs et rendre dynamique le fonctionnement des équipes professionnelles certains mécanismes ont été mis en place. Il s'agit de (1) la formation des médecins-chefs en gestion, (2) la création de département par le regroupement physique des services de spécialité et la fusion des équipes professionnelles, (3) la création de cadres de rencontres interprofessionnelles et la formation continue des professionnels de santé. L'objectif était d'impliquer les professionnels de santé à la gestion et rendre imputable les médecins-chefs de la gestion des ressources financières, matérielles et humaines assignées auprès d'eux.

« J'étais à la direction générale avant la réforme de 2002, on est parti d'une administration centralisée ou tout était au niveau de la direction générale. Le directeur général et son adjoint traitaient unilatéralement les demandes formulées par les professionnels de santé sans échanger avec ceux-ci. C'était très contraignant et pas motivant pour les professionnels de santé. Pour les impliquer à la gestion, la stratégie en cours (depuis 2002) est d'amener progressivement les médecins-chefs à se mettre dans la peau d'un gestionnaire. Par conséquent, beaucoup d'entre eux ont été formés à la responsabilité médicale. Cela participe de la volonté du directeur général de les outiller pour affronter les nouveaux défis en matière de gestion. Les médecins devront s'intéresser plus à l'organisation des soins et à la gestion des ressources déléguées....Les services de spécialités ne peuvent plus être gérés comme par le passé » (DgaHopX).

« La fonction de médecin-chef doit être clairement définie pour qu'il assure la pleine responsabilité de son service ou de son département de spécialité. Il doit par ailleurs disposer des outils de management lui permettant de rendre compte de ses résultats, ce qui va l'obliger à respecter à la fois les contraintes du service public et les principes de la participation de tous » (CTHop).

Dans le cadre de la création des départements fonctionnels afin de rapprocher les différentes spécialités (fusion des équipes professionnelles), certains réaménagements

techniques ont été effectués. Il s'agit de la construction et du réaménagement de locaux pour loger certaines spécialités dans le même bloc. Cette création des départements était fondée sur des macro-secteurs de spécialités ex : médecine générale, chirurgie générale, laboratoires donc groupent des unités semblables. Dorénavant, le traitement et les soins seront délivrés par des équipes multidisciplinaires et multi professionnelles avec des médecins et d'autres professionnels (infirmiers, techniciens, etc.) appartenant aux unités spécialisées sur les pathologies habituellement traitées faisant ainsi disparaître les frontières traditionnelles entre spécialités et professionnels.

« Pour rendre dynamique les équipes professionnelles, la réforme nous a permis de faire de nouvelles constructions (bloc des urgences, administratif, 5 blocs opératoires), et la réhabilitation de la pédiatrie, de la médecine, du réfectoire, de l'accueil et de l'hébergement des gardes malades par un hangar, l'extension de la radiologie Il y'a aussi l'équipement avec les gros équipements, l'amélioration de la pharmacie hospitalière par la mise à disposition des kits opératoires, l'assainissement de l'hôpital et la moralisation de la gratuité, un bon suivi budgétaire, l'amélioration du bureau des entrées pour diminuer les fils d'attente » (DgaHopX).

« Avec la départementalisation de la pédiatrie, il y'a des unités qui sont créées par profilage. Les enfants malades sont sélectionnés selon leur âge alors qu'il serait plus intéressant d'aller vers le profilage par pathologie..... » (Med2HopX).

Des cadres de rencontres interprofessionnelles (staffs collectifs) ont été créés et certains médecins ont été envoyés en formation par le ministère de la santé pour renforcer la capacité technique des équipes professionnelles. Ces mécanismes étaient censés faciliter les interventions en équipes professionnelles pluridisciplinaires et améliorer la qualité des prestations de soins offerts par l'hôpital.

« .....À un moment donné on a négocié des bourses d'étude pour former des spécialistes (Mariam pédiatrie, Mambi pour la chirurgie infantile, Diallo en neurochirurgie). On a des retombés considérables et appréciables de ces formations effectuées. Cependant on n'a pas été suivi dans notre logique de formation, car les formés devaient disposer à leur arrivée de locaux et de matériels adaptés ce qui n'est pas le cas, ils essayent de se débrouiller comme ils peuvent » (CTHop).

Toujours en vue de faciliter l'implication des professionnels à la gestion comme nous l'avions évoqué dans la section sur l'autonomie administrative et financière, certaines commissions consultatives ont été créées pour chaque catégorie de personnel (médecin versus infirmier). Pour la mobilisation et l'exécution des budgets, l'hôpital X se réfère à la

tutelle du Ministre de la santé pour le respect des principes étatiques de gestion budgétaire. Un contrôleur financier et un comptable public sont désignés par les Ministres de la santé et des finances et leur rendent compte directement de la gestion. Il s'agit là de mécanismes déconcentrés qui concernent également la motivation du personnel, son recrutement, et l'application de sanctions disciplinaires.

*Transformations effectuées dans l'hôpital*

Le directeur général était l'unique ordonnateur délégué des budgets au sein de l'hôpital. Le Ministre de la santé effectue directement la gestion du personnel c'est-à-dire les affectations, les nominations des médecins-chefs, attribue les primes de rendement au personnel, et applique les sanctions disciplinaires. Les services de spécialité et les départements ne pouvaient recevoir de la direction générale que la dotation en petits matériels de soins comme cela a été démontré dans la section portant sur l'autonomie administrative et financière. Les initiatives prises par l'administration de l'hôpital X en l'absence de modalités formelles de transfert de ses responsabilités vers les médecins-chefs ont consisté à informer ceux-ci de l'enveloppe budgétaire consacrée aux achats de matériels médicaux destinés à leur service et à les impliquer dans l'expression des besoins. Il ressort un écart important entre ces petites initiatives et l'intention politique qui a été mise en avant par la réforme c'est-à-dire la délégation effective des prérogatives de la direction générale au niveau des services de spécialité et des départements.

« Je pensais que l'autonomie aurait supposé que les principaux intervenants de l'hôpital se concertent et se mettent d'accord autour des priorités à prendre sur le budget et que l'on privilégie certains services comme tenu de leur spécificité. Cela supposait que par service, on allait avoir un budget et que le chef de service aura le privilège de l'exécuter » (Medchef1HopX).

« Dans les faits, on a eu en ce moment un budget commun à l'ensemble des services et départements qui relève de l'ordonnateur du budget (le directeur général ou du Ministre que sais je). Ceci est contraignant pour nous autres praticiens. Il y'a un aspect difficile à justifier. On nous demande des performances, on nous (donne) un budget pour atteindre les objectifs fixés d'en haut, les établissements n'ont pas le droit de sortir de ce cadre ce qui est compliqué » (ResSyndicHopX).

Très peu de départements fonctionnels ont été créés, ils étaient peu fonctionnels. La départementalisation était plutôt limitée à un regroupement des spécialités dans le même bloc. L'aspect infrastructurel semble être privilégié plutôt que l'organisation des soins ou la



fonctionnalité des équipes professionnelles qui était pourtant l'intention politique priorisée par la délégation des responsabilités de la direction générale vers les services de spécialités et les départements.

« On leur a dit d'augmenter le volume des consultations et des visites auprès des malades hélas...ils passent moins de temps dans les établissements. Lors des visites médicales, les médecins prennent moins de temps à discuter avec les malades et leurs accompagnateurs. Les médecins ne veulent pas discuter de la répartition de leur temps de travail, ils sont toujours rigides et mettent de l'avant leur statut d'enseignant à l'université..... » (DgHopX).

« .....Il y'a toujours des conflits et un ballotage de malade entre les urgences (SAU) et le service de médecine pour faute de place. L'organisation fait défaut à tous les niveaux. Et les prestations de service sont mal appréciées à cause de cette situation car l'utilisateur ne comprend pas. Les capacités d'accueil sont très faibles et entre temps des bâtiments impressionnants sont bâtis pour abriter la direction générale. On a des soucis, mais on verra ! » (ResSyndicHopX).

Les instances consultatives (CME et CSIO) créées pour les médecins et les infirmiers étaient peu fonctionnelles comme nous l'avons démontré dans la section consacrée à l'implication des populations locales à la gestion, elles participaient de façon marginale à la prise de décision au gré du directeur général.

**En résumé**, pour les changements intervenus dans la structure, on observe selon l'importance des responsabilités attribuées à l'hôpital public un écart entre la logique initiale de la réforme (délégation / déconcentration), les mécanismes mis en place (délégation / déconcentration) et les transformations effectuées dans les hôpitaux (délégation / déconcentration). Le tableau 5 ci-dessous synthétise les variations entre les intentions politiques de la réforme par l'intégration des services de spécialité dans l'établissement X, les mécanismes mis en place et les transformations effectuées dans les services de spécialité ou les départements.

**Tableau 5: Cadre synthétique d'analyse de la logique de l'intégration et de la gestion des services de spécialité dans l'hôpital X**

Dimensions de la décentralisation par niveau / Autonomie administrative et financière	1. Effets recherchés / Intentions politiques	2. Mécanismes mis en place à l'hôpital	3. Transformations dans l'hôpital (Résultats).
<b>Déconcentration</b>	<p>Gestion des ressources matérielles des services et des départements centralisée auprès du directeur général et du comptable public détaché au sein de l'hôpital.</p> <p>Création des services et nomination des médecins-chefs départements par le ministre de la santé et non par le directeur général.</p>	<p>Contrôle de l'exécution des budgets directement par la tutelle (présence d'un Contrôleur financier représentant l'État).</p> <p>Existence de principes étatiques (loi des finances) de mobilisation et d'exécution des deux budgets (autonome et étatique) et la gestion du matériel.</p> <p>Existence de directive dans le projet d'établissement pour la nomination des chefs de département ou des médecins-chefs par le Ministre de la santé ou le directeur de l'hôpital tandis que la loi hospitalière prévoit les nominations uniquement par le Ministre de la santé.</p> <p>Incitations du personnel (primes de rendement et formation longue durée) à plus de collaboration interprofessionnelle sur décision du Ministre de la santé.</p>	<p>La nomination des médecins chefs de département par le Ministre de la santé.</p> <p>Le Ministre de la santé définit l'orientation de l'hôpital et le contenu des objectifs sectoriels (y compris ceux des services) à poursuivre dans le cadre du plan national de développement sanitaire et social (PDSS).</p> <p>La gestion du personnel de l'hôpital relève directement du Ministre de la santé et de celui de l'éducation.</p> <p>La gestion des ressources financières de l'établissement est toujours subordonnée à l'avis du Ministre de la santé (présence d'un contrôleur financier et d'un comptable public). Ce dernier fixe également le taux des primes de rendement et les modalités de son attribution au personnel.</p> <p>Le directeur de l'hôpital est l'unique ordonnateur délégué des budgets.</p>
<b>Délégation</b>	<p>Attribution de responsabilités formelles aux chefs de services de spécialité et assignation de ressources matérielles, financières et humaines à leur niveau.</p> <p>Orientation et dynamisation de la collaboration interprofessionnelle et de la coordination des interventions sous la supervision du directeur général de l'hôpital et des médecins-chefs.</p>	<p>Création de départements fonctionnels fondés sur des macro-spécialités (médecine, chirurgie, etc) prévue dans le projet d'établissement et possibilité de nomination des chefs de département par le Ministre de la santé ou le directeur de l'hôpital</p> <p>Disparition des frontières traditionnelles entre les spécialités (réaménagement physique des locaux et leur regroupement selon les conditions de soins défini dans le PE pour assurer la continuité de soins).</p> <p>Existence de cadre de rencontres interprofessionnelles autour des spécialités (les staffs collectifs) et renforcement des capacités des équipes professionnelles à travers la formation continue, la formation des médecins-chefs en gestion.</p> <p>Désignation par le directeur général de personnel de relais (infirmier chef d'unité) pour la coordination des relations interservices.</p> <p>Création de cadre de concertation et d'espaces d'échange (commissions et comités) (article 69 de la loi hospitalière) pour que les professionnels de santé fournissent un avis consultatif sur la gestion de l'établissement (implication des professionnels à la gestion).</p>	<p>Transfert interne de responsabilités et de ressources auprès des médecins-chefs : plutôt des initiatives propres à la direction générale</p> <p>La notification de l'enveloppe budgétaire consacrée aux achats de matériels médicaux et assignation de quelques matériels de soins aux services (expression des besoins en matériels de soins).</p> <p>Inexistence de modalités pratiques et d'un cadre juridique pour le transfert des ressources aux services de spécialité ou aux départements (délégation interne faible auprès des services limité à l'assignation de quelques petits matériels de soins dans les services).</p> <p>Seulement création de quelques départements (trois dans l'établissement X), peu fonctionnel, limité surtout au regroupement de différentes spécialités dans le même local (bloc).</p> <p>Création des instances consultatives du conseil comme la commission médicale d'établissement (CME pour les médecins) et la commission des soins infirmiers et obstétricaux (CSIO pour les infirmiers), elles étaient peu fonctionnelles notamment la CME.</p>

<b>Dévolution</b>			
<b>Privatisation</b>			

L'autonomie administrative et financière censée dotée l'hôpital d'un conseil d'administration indépendant capable de prendre des décisions importantes et d'un régime budgétaire et comptable spécifiques était peu appliquée. L'hôpital apparaissait toujours comme une unité administrative subordonnée, son directeur général rendait compte de sa gestion au Ministre de la santé ou à son secrétaire général (vice Ministre) qui définissait l'orientation stratégique et le contenu des objectifs sectoriels à poursuivre. La gestion du personnel hospitalier (affectation, recrutement, motivation, sanctions disciplinaires et avancement, nomination) était centralisée auprès du Ministère de la santé, et de celui de l'éducation. Une difficulté majeure à la recomposition du conseil semblait être la coordination entre elle et le Ministre de la santé qui n'était plus le président.

L'essentiel des subventions au fonctionnement de l'hôpital X était apporté par le budget d'État en plus du recouvrement partiel des coûts des prestations à la charge des usagers qui était fortement encadré par la tutelle. Les collectivités locales ne participaient pas au financement. Le Ministre de la santé était l'ordonnateur principal des budgets de l'hôpital, le conseil d'administration ne pouvait ordonner de dépenses ni effectuer un contrôle sur son utilisation. Son rôle se limitait uniquement à l'examen des rapports d'activités du directeur général lors de ses sessions statutaires. Il n'était pas autonome, sa décision n'était exécutoire qu'après son approbation par le Ministre de la santé. Les services de spécialité et les départements ne pouvaient recevoir de la direction générale de l'hôpital que la dotation en petits matériels de soins. En l'absence de modalités formelles de transfert de ses responsabilités auprès des médecins-chefs, ceux-ci étaient informés de l'enveloppe budgétaire consacrée aux achats de matériels médicaux et parfois impliqués dans l'expression des besoins. En conclusion, de nos résultats, il ressort un écart important entre les transformations structurelles consécutives à la réforme et les effets recherchés par le projet de réforme car l'essentiel des décisions était resté centralisé auprès du Ministre de la santé.

#### **4.1.2. Cas de la logique de la réforme hospitalière mise en œuvre dans l'hôpital Y**

Comme dans le cas 1, cette section décrit la logique de la réforme hospitalière et les écarts entre les intentions politiques et les transformations réellement effectuées dans l'hôpital. A la fin de la présentation du cas (section 4.4.2.3), un résumé synthétise l'essentiel des résultats de recherche en regard des objectifs visés par la réforme hospitalière de 2002.

##### **4.1.2.1 Autonomie administrative et financière de l'établissement hospitalier Y**

###### *Effets recherchés / Intentions politiques*

L'hôpital Y a été érigé en 2002 en établissement public hospitalier (EPH) doté de l'autonomie administrative et financière. Comme dans le cas 1, l'effet recherché était une délégation de certaines prérogatives du Ministre de la santé auprès du directeur général. Elles sont définies par la loi 02-050 du 22 juillet 2002 et par les décrets fixant l'organisation et le fonctionnement des établissements publics hospitaliers.

« La MARH pilotait, c'est surtout lors d'un atelier que nous avons appris que les hôpitaux doivent s'occuper du volet "projet d'établissement" qui était un élément des dix chantiers de la mission d'appui à la réforme hospitalière. De 1991 à 2002, les hôpitaux étaient des EPA, c'est en 2002 qu'ils sont devenus des EPH. Le but était de renforcer notre autonomie afin de les rendre plus fonctionnel et orienté vers la gestion d'entreprise et non comme une administration classique. C'était une intention que l'autonomie allait concerner les ressources humaines et financières » (DgHopY).

« Le Dr MamS, Conseiller Technique au ministère de la Santé, explique que la réforme permettra aux établissements de passer d'une logique d'administration à une logique de gestion. Elle s'inscrit dans la continuité de la mise en œuvre de la réforme globale de l'administration. Il a rappelé à ce propos les acquis de cette réforme hospitalière. Il s'agit notamment de la validation du projet d'établissement des hôpitaux et de la loi de création des établissements publics hospitaliers (EPH). Ces innovations doivent concourir au renforcement de l'autonomie de gestion des établissements hospitaliers.....Le Ministre de la santé qui espère beaucoup de cette expérience, explique : Le Mali a été choisi pour expérimenter "cette nouvelle approche de la performance et nous devons relever ce défi"». (Tiré du Journal L'Éssor, Quotidien National d'Information, n 18 du 14 février 2003).

Au sein de l'hôpital, les responsabilités et les ressources allaient être transférées auprès des médecins, ceux-ci seraient chargés de gérer au niveau des services de spécialité et de rendre compte à la direction générale. Cette gestion de proximité devait être participative et impliqué l'ensemble des professionnels à la prise décision. À terme c'est l'autonomie des

services de spécialité qui était visée comme dans le cas 1. À l'instar des autres hôpitaux publics, le financement sera essentiellement apporté par les subventions de l'État, les budgets des collectivités locales et le recouvrement partiel des coûts des soins auprès des usagers. L'utilisation des budgets se fera selon les orientations stratégiques et les objectifs définis par la tutelle dans le cadre du plan de développement sanitaire et social. La répartition des budgets entre les hôpitaux sera effectuée par une commission budgétaire des hôpitaux qui est présidé par le Ministre chargé de la santé.

« Pour assurer la maîtrise des dépenses hospitalières, le Mali a voulu instituer l'adoption annuelle d'un budget global des hôpitaux dans lequel devra s'inscrire le montant agrégé de l'ensemble des budgets hospitaliers. Il appartiendra ensuite à la tutelle de procéder aux arbitrages du budget entre les établissements » (DgHopY).

La gestion du personnel de l'hôpital (affectation, recrutement, salaire, sanction et motivation) reste plutôt déconcentrée auprès du Ministre de la santé, de celui de l'éducation nationale compte tenu du statut hospitalo-universitaire de l'établissement. Il était prévu aussi sur la base d'un paquet de services prédéfinis que les établissements hospitaliers privés participent au service public, une convention les lie à l'hôpital public.

#### *Mécanismes mis en place à l'hôpital*

Comme dans le cas 1, le directeur général et son adjoint étaient des fonctionnaires nommés par le Ministre de la santé. L'exercice des fonctions déléguées par la tutelle et leur financement se faisaient dans le cadre du projet d'établissement.

« Les établissements hospitaliers publics disposent chacun de leur projet d'établissement approuvé par l'autorité de tutelle selon les modalités définies par ce dernier. Le projet d'établissement définit les objectifs de l'établissement dans le domaine médical, des soins infirmiers et obstétricaux, de l'accueil des malades et de leur famille, de la politique sociale, de la gestion, du système d'information, de l'hygiène et de la sécurité, de la formation et de la recherche » (DgHopY).

La commission médicale d'établissement (CME) et la commission des soins infirmiers et obstétricaux (CSIO) ont été créées respectivement pour les médecins et les infirmiers dans le but d'aider le directeur de l'établissement et le conseil d'administration dans leur prise de décision. Comme dans le cas 1, la mobilisation et de l'exécution des budgets seront faites dans le respect des principes imposés par la tutelle et le Ministre des finances qui nomment

un contrôleur financier et un comptable public en charge du contrôle et du maniement des fonds. Il s'agit d'un mécanisme de déconcentration.

« .....Pour la mobilisation et l'exécution des budgets, nous somme tenu de respecter les principes de la loi des finances et de rester conforme aux procédures indiquées par la tutelle... par exemple pour les délais d'ouverture de crédit, le respect des lignes budgétaires, la gestion des amortissements, la tenue des livres comptables... » (ChefComptaY).

Pour la motivation du personnel de l'hôpital, le mécanisme a consisté à distribuer trimestriellement selon les catégories professionnelles 25 à 30% des recettes résultant du recouvrement partiel des coûts des soins auprès des usagers. Pour le reste comme dans le cas 1, l'affectation, le recrutement, l'avancement et les sanctions du personnel étaient régies par le statut de la fonction publique tenue par le Ministre de la santé et celui de l'éducation nationale.

« L'État a suivi et a pris des mesures réglementaires pour rendre les hôpitaux autonomes (EPH). Il y'a eu des difficultés liées à l'angoisse du personnel qui voyait en la chose une forme de privatisation de l'hôpital qui aboutira à des suppressions de postes (ou à des compressions). Il s'en est suivi des grèves interminables mais les différentes administrations en place ont continué à informer et à rassurer le personnel pour les amener à accepter la situation. Le ministère de la santé a imaginé des moyens de motivation pour que l'idée passe (1<sup>ière</sup> mesure, 25% des recettes propres sont distribuées sous forme de ristournes aux travailleurs ; 2<sup>ème</sup> mesure, l'établissement des principes de garde). C'était des mesures qui ont calmé les ardeurs du personnel, il voyait en la réforme un piège pour les contraindre à la soumission » (DgaHopY).

Deux mécanismes principaux de financement ont été envisagés pour l'ensemble des établissements publics hospitaliers, à savoir le budget de l'État géré sous un contrôle complet de l'État et le budget issu du recouvrement partiel des coûts des soins auprès des usagers. Comme dans le cas 1, la gestion des budgets combine les caractéristiques de la délégation et de la déconcentration. Le directeur général est le seule ordonnateur délégué des budgets et compose avec un comptable public et un contrôleur financier chargé respectivement du maniement des fonds et du contrôle selon les règles de la comptabilité publique.

*Transformations effectuées dans l'hôpital*

En dehors de l'approvisionnement en petits matériels de soins et consommables médicaux et de l'obtention des recettes de la tarification des soins, tous les établissements hospitaliers étaient soumis aux règles générales de passation des marchés publiques et soumis à l'approbation du Ministre de tutelle.

« Pour la création, l'extension, la reconversion totale ou partielle de l'établissement, la mise en place des équipements et matériels lourds (dont la liste et les caractéristiques sont précisées par arrêté du Ministre de la santé), à la réalisation de certaines activités de haute technicité ou particulièrement coûteuses (dont la liste est fixée par arrêté du Ministre de la santé). Nous sollicitons une autorisation du Ministre de la santé, qui dans la plupart des cas organise et arbitre le processus de passation des marchés, de l'appel d'offre à l'attribution finale du marché » (DgHopY).

En plus de la gestion des ressources financières qui était déconcentrée auprès du directeur général de l'hôpital, comme dans le cas 1 le Ministre de la santé continuait à intervenir pour la création de nouveaux services et la nomination des médecins-chefs, le recrutement du personnel, son affectation, les sanctions, et l'avancement.

« Du point de vue administratif (par rapport au personnel), les grands changements de l'hôpital ont consisté au changement de la physionomie avec la loi hospitalière, l'état nous a beaucoup appuyé ce qui a permis de faire de nouvelles constructions et la réhabilitation de beaucoup d'édifices de l'hôpital. Les recettes de l'hôpital ont considérablement évolué avec une meilleure gestion du bureau des entrées. En ce qui concerne le personnel les effectifs ont évolué de façon exponentielle. Cependant nous avons besoin de personnels paramédicaux et médicaux, à chaque demande (*on*) nous envoie des secrétaires, des chauffeurs et des comptables dont on n'a pas besoin. Il semble que cela répond à un besoin politique des plus hautes autorités, on ne peut que nous contenter de la situation comme telle sans faire grande chose, nous devons faire avec des difficultés d'utilisation de ce personnel. L'idéal est de nous envoyer des gens selon nos besoins exprimés » (DgaHopY).

« Je n'ai pas fait attention à ses mesures dans la loi. Si la direction sent et est informée des manquements aux bonnes pratiques, on prend immédiatement des mesures pour le gérer. Dans la démarche nous appelons l'intéressé pour lui signifier sa faute et si cela est corrigible on lui demande de le faire surtout s'il s'agit de l'argent mal perçu et frauduleusement. Très souvent ça s'arrange ainsi sinon au pire des cas on réfère au Ministre de la santé pour les sanctions. Ce sont des mesures rétroactives qui sont prises après la faute constatée. Sinon il n'existe pas de procédures en matière de gestion des ressources humaines. On écrit tout simplement



au Ministre de la santé pour affecter l'agent ailleurs ou le congédier selon que la personne est un fonctionnaire ou un contractuel de l'État » (SgHopY).

La tutelle gardait une envergure de commandement importante sur les questions financières. Elle a été en lien avec le manque d'autorité des directeurs à effectuer certains changements structurels internes, ces derniers seraient aussi incompetents en gestion (tous des medecins) pour operer les meilleurs choix de gestion. Un référentiel métier de gestionnaire hospitalier avait été conçu en 2000 par la mission d'appui à la réforme hospitalière, il n'avait pas été appliqué. La mobilisation et l'exécution des budgets sont fortement déconcentrées, le Ministre de la santé désigne un contrôleur financier et un comptable public pour le contrôle et le maniement des fonds. Comme dans le cas 1, le directeur général est l'unique ordonnateur délégué des budgets et rend au Ministère de la santé.

« ..... En 2007, les fonds n'étaient pas disponibles, 2008 il y'a eu un appel d'offre lancé mais l'échéance n'est pas encore respectée pour exécuter le marché. Depuis longtemps, on nous fait faire des budgets programmes par service (recettes et dépenses) avec acquisition de matériels et investissement. Cela fait 3 ans que l'on a les mêmes besoins mais on n'a toujours pas reçu les équipements sollicités » (SgHopY).

« L'autonomie de gestion pour moi voulait dire une autonomie de décision quand à l'utilisation des fonds de l'hôpital et que la tutelle mettait un budget à la disposition de l'établissement hospitalier quant à celui-ci de le justifier. Le budget est là mais on a parfois des contraintes imposées par la tutelle ce qui fait que c'est difficile de faire face aux prévisions faites. Le budget est théorique, ce n'est pas mis directement dans un compte géré par l'hôpital mais par le ministère de la santé et des finances. Pour ce qui est du BSI (budget spéciale d'investissement) on ne peut les mobiliser que suivant des délais fixés et de façon tri ou semestrielle. On n'arrive jamais à mobiliser les fonds dans le temps imparti (à cause de la lourdeur administrative) » (ChefComptaHopY).

Finalement, l'exercice de la tutelle du Ministre de la santé n'avait pas évolué vers un rôle d'accompagnement et de conseil de l'établissement comme dans le cas 1. L'hôpital fonctionnait comme une unité subordonnée au Ministère de la santé, le directeur général était tenu de gérer dans le cadre strict des instructions données par la tutelle.

« Lors d'une réunion de cabinet, le secrétaire général du Ministre a donné des directives et des précisions sur notre mission actuelle. On nous dit de passer de l'administration de nos établissements à leur gestion, c'est-à-dire suivre la logique

d'entreprise.....et pourtant le Ministre ne nous laisse pas faire, on doit référer...» (DgHopY).

Globalement, en dehors de la dotation des services des services en petits matériels de soins qui étaient sous la responsabilité des médecins-chefs, aucune responsabilité formelle de la direction générale n'avait été transférée aux médecins chefs. Parfois les médecins-chefs étaient simplement informés de l'enveloppe budgétaire consacrée aux achats de matériels médicaux destinés à leur service et à la formation continue du personnel. Comme dans le cas 1, il n'existait aucune modalité pratique de transfert des ressources et des responsabilités de la direction générale aux services de spécialité et aux départements. Les quelques fonctions déléguées par la tutelle étaient centralisées uniquement auprès du directeur général et de son adjoint.

« Les médecins-chefs sont informés de l'enveloppe budgétaire prévue pour la formation des professionnels, ils ont le choix de son utilisation. La direction générale est détachée du reste de l'hôpital, il existe un grand fossé entre nous quant au partage réel de l'information financière. Nous ne sommes pas consulté par rapport aux budgets, nous n'assumons aucune fonction d'ordonnateur...nous avons l'impression que tout se résume au directeur général » (ResSyndicHopY).

« Ils sont souvent associés au choix des équipements et informés de l'enveloppe budgétaire, les médecins-chefs devront dorénavant être des gestionnaires de leur service spécialité et comprendre qu'ils représentent le directeur général. La plupart d'entre eux sont sortis des écoles de médecine, ils savent peu de notion sur la pratique de la gestion » (DgaHopY).

Comme dans le cas 1, les commissions consultatives étaient en général peu fonctionnelles particulièrement la commission médicale d'établissement qui regroupe les médecins. Leur fonctionnement ne semblait pas être suffisamment soutenu par les administrations hospitalières, spécifiquement dans le cas de l'hôpital Y la CME souffrait en plus du manque de leadership de son président. Les contours juridiques du financement du fonctionnement des « organes » consultatifs (émolument des membres, primes de réunions) n'étaient pas précisés par la loi hospitalière de 2002.

« ...Il faudra se poser la question s'il faut investir dans une commission qui n'arrive pas à régler ses propres problèmes internes...par exemple au service de radiologie le conflit qui divise les deux spécialistes (dont un assure la présidence) affectent son fonctionnement.... » (DgHopY).

« A l'origine la création de ses organes était de renforcer la capacité du directeur à avoir une vision large des questions et des problèmes de l'hôpital. D'un autre côté,

les directeurs ne font pas suffisamment d'effort pour rendre fonctionnel ses organes consultatifs, peut être qu'ils ne voient pas clairement leur importance pour le renforcement de leur autorité (confirmé par le rapport sur l'état des lieux réalisés en 2004 par l'ANEH). Je me demande si le changement n'a pas été mal mené et que les gens n'étaient pas préparés. Il fallait agir sur les mentalités et l'esprit pour que les gens puissent s'approprier le changement. Il importe d'analyser le problème de dysfonctionnement des organes consultatifs » (PresCMEHopY).

« Chaque fois qu'on appelle nos collègues, l'atmosphère de travail est bien, et les discussions débouchent sur des solutions.....dorénavant nous savons mieux ce que nous devons faire, on est plus apte à organiser ce que nous faisons.....on ne pas peut faire un mois sans se réunir, on le fait parfois sur insistance du président ou des membres.... » (PreCSIOHopY).

Dans le cadre de l'exercice de la tutelle, il était prévu un contrat d'objectif et de moyen liant le ministère de la santé aux établissements publics hospitaliers. Il faisait référence au projet d'établissement (accord quinquennal d'établissement) qui conditionne la dotation des subventions de l'État. Le schéma de planification du projet d'établissement (2003/2008) était affecté par l'influence forte de la tutelle qui impose ses propres orientations et les objectifs à poursuivre et l'insuffisance de son financement.

« Les réalités changent et donc les budgets évoluent très vite. Et puis les prévisions étaient trop ambitieuses ce qui les rendait difficilement applicables. J'ai compris d'après les gens (le personnel de la direction qui a été là depuis 2002) qui ont participé à l'élaboration du projet d'établissement qu'au départ, ils pensaient que les partenaires étrangers allaient tout prendre en charge. Pour moi, le PE était un cadre, une boussole. C'était un canevas indicatif, et puis dans les hôpitaux il y'a tellement d'urgence que difficilement une prévision peut être faite et respectée. De la réforme hospitalière à son application, il y'a un fossé important car les gens ont oublié que sa réalisation devait s'appuyer sur les ressources nationales » (DgHopY).

**En résumé**, pour les changements intervenus dans la structure, on observe selon l'importance des responsabilités attribuées à l'hôpital public un écart entre la logique initiale de la réforme (déconcentration / délégation et privatisation) et les mécanismes mis en place (déconcentration / délégation) et les transformations effectuées dans l'hôpital (déconcentration / délégation). Le tableau 6 ci-dessous synthétise les variations entre les intentions politiques de la réforme par l'autonomie administrative et financière dans l'établissement Y, les mécanismes mis en place et les transformations effectuées.

<b>Tableau 6 : Cadre synthétique d'analyse de la logique de l'autonomie administrative et financière dans l'hôpital Y</b>			
<b>Dimensions de la décentralisation par niveau / Autonomie administrative et financière</b>	<b>1. Effets recherchés / Intentions politiques</b>	<b>2. Mécanismes mis en place à l'hôpital</b>	<b>3. Transformations dans l'hôpital (Résultats).</b>
<b>Déconcentration</b>	L'affectation, le recrutement, les sanctions et la motivation du personnel (excepté parfois le personnel de support technique) relèvent directement du Ministre de la santé et de celui de l'éducation.	<p>Budget d'État domicilié au trésor public</p> <p>Contrôle de l'exécution du budget par la tutelle (présence d'un Contrôleur financier représentant l'État).</p> <p>Mise en place d'une commission budgétaire des hôpitaux au ministère de la santé pour arbitrer la répartition du budget entre les hôpitaux publics et les hôpitaux privés qui participent au service public.</p> <p>Existence de principes étatiques (loi des finances) de mobilisation et d'exécution des ressources sur les deux budgets (autonome et étatique). Présence d'un comptable public dans l'hôpital pour le maniement des fonds.</p>	<p>L'hôpital apparait comme une unité administrative subordonnée, le directeur de l'hôpital rend compte de sa gestion au Ministre de la santé ou à son secrétaire général (vice Ministre).</p> <p>Le Ministre de la santé définissait l'orientation de l'hôpital et le contenu des objectifs sectoriels à poursuivre dans le cadre du plan national de développement sanitaire et social (PDSS) (tel que défini article 101, loi hospitalière).</p> <p>La gestion de son personnel (affectation, recrutement, motivation, sanctions disciplinaires et avancement) relève du Ministère de la santé, et de celui de l'éducation. Nomination des médecins-chefs par le Ministre de la santé.</p> <p>La gestion des ressources financières est toujours subordonnée à l'avis du Ministre de la santé (présence d'un contrôleur financier représentant le Ministre de la santé et celui des finances) et d'un comptable public pour le maniement des fonds selon les règles de la comptabilité publique.</p> <p>Seul le directeur de l'hôpital est l'unique ordonnateur délégué des budgets.</p> <p>L'essentiel des subventions au fonctionnement et pour l'investissement est apportée par le Ministre de la santé (ne recoure pas à la commission budgétaire des hôpitaux) en plus du recouvrement partiel des coûts auprès de l'utilisateur.</p> <p>Le tarif des prestations de soins est fixé par un arrêté du Ministre de la santé. Ce dernier fixe également le taux des primes de rendement et les modalités de son attribution au personnel.</p>

Tableau 6 : Cadre synthétique d'analyse de la logique de l'autonomie administrative et financière dans l'hôpital Y (suite)

Dimensions de la décentralisation par niveau / Autonomie administrative et financière	1. Effets recherchés / Intentions politiques	2. Mécanismes mis en place à l'hôpital	3. Transformations dans l'hôpital (Résultats).
<p><b>Délégation</b></p>	<p>Autonomie de gestion (conseil d'administration indépendant), évolution de la tutelle du Ministre de la santé vers un rôle de conseil et d'accompagnement des hôpitaux, cofinancement de l'hôpital à partir des subventions de l'État et des recettes propres générées à l'hôpital à partir du recouvrement partiel des coûts des soins auprès des usagers.</p> <p>Adoption d'un régime budgétaire et comptable spécifiques aux hôpitaux.</p> <p>Attribution de responsabilités formelles aux médecins-chefs de services techniques et assignation de ressources à leur niveau. Collaboration interprofessionnelle encouragée et renforcée par le développement des équipes multidisciplinaires.</p>	<p>Attribution de statut juridique spécifique d'établissement public hospitalier (EPH) à l'hôpital défini comme un organisme personnalisé (article 6, loi hospitalière); mise en place de conseil d'administration révisé avec de nouveaux membres, mise en place d'un contrat d'objectif et de moyen entre l'hôpital et la tutelle (planification stratégique matérialisé par le PE); existence de deux budgets à l'hôpital (le budget d'état logé au trésor public et le budget autonome logé dans un compte bancaire), possibilité de générer des recettes propres à l'hôpital (recouvrement partiel des coûts des soins supporté par le patient) dans le respect de la réglementation gouvernementale.</p> <p>Transfert progressif des budgets et des ressources matérielles aux services de spécialité et aux départements; formation des professionnels de santé en gestion et responsabilité médicale.</p> <p>Instauration d'un mécanisme d'incitations du personnel (attribution de ristournes ou primes de rendement); et de motivation à plus de collaboration interprofessionnelle (possibilité de formation des équipes pluridisciplinaires, mise en place des staffs interdisciplinaires), possibilité de désignation de personnel relais pour la coordination des relations interservices.</p> <p>Création de cadre de concertation et d'espaces d'échange (commission médicale et commission des soins infirmiers) en vue de l'implication des professionnels de santé à la gestion de l'établissement.</p>	<p>Attribution d'un statut spécifique à l'hôpital (EPH) avec certaines fonctions sont déléguées sur la base d'un contrat d'objectif et de moyen et sous contrôle strict du ministère de la santé (ex recrutement interne des agents du support technique, obtention des recettes, approvisionnement en intrants et consommables médicaux etc).</p> <p>Absence de modalités pratiques de transfert des ressources aux services de spécialité et aux départements (uniquement notification de l'enveloppe budgétaire consacré aux achats de matériels médicaux et à la formation, parfois assignation de quelques petits matériels de soins aux services et aux départements).</p> <p>Création des instances consultatives comme la commission médicale d'établissement (CME pour les médecins) et la commission des soins infirmiers et obstétricaux (CSIO pour les infirmiers), elles étaient peu fonctionnelles notamment la CME.</p> <p>Plan stratégique (PE 2003/2008) élaboré et validé par la tutelle (projet quinquennal d'établissement) peu partagé par le personnel, très peu respecté par l'administration hospitalière (ce sont les directives de la tutelle qui priment pour la création de nouveaux services de spécialité, la nomination des chefs de services, les transformations architecturales et la fusion des équipes professionnelles).</p>

<b>Dimensions de la décentralisation par niveau / Autonomie administrative et financière</b>	1. Effets recherchés / Intentions politiques	2. Mécanismes mis en place à l'hôpital	3. Transformations dans l'hôpital (Résultats).
<b>Dévolution</b>			
<b>Privatisation</b>	Intervention des établissements privés dans le service public de santé (article 18-20, loi hospitalière) sur la base d'un contrat (convention) signé entre le Ministère de la santé et ses dits établissements selon un paquet de services prédéfinis (c'est plutôt une délégation vers le privé qui est visée).	Existence d'un cadre juridique de la privatisation (article 18-20, loi hospitalière relatifs à la participation au service public hospitalier des établissements hospitaliers privés). Possibilité de contrat ou convention signé entre l'établissement privé et la tutelle pour définir les modalités de collaboration entre le secteur public hospitalier et privé.	Inexistence de contrat (convention) liant l'hôpital Y à un établissement hospitalier privé, seulement le Ministère de la santé assure une supervision technique de l'ensemble des établissements hospitaliers publics et privés du pays pour le respect de la réglementation gouvernementale et de la législation nationale de santé en vigueur.

#### **4.1.2.2 Implication des populations locales à la gestion de l'hôpital Y**

##### *Effets recherchés / Intentions politiques*

L'hôpital Y à l'instar des autres établissements publics hospitaliers devaient passer à la cogestion avec les populations locales. Le rôle des membres du conseil allait être révisé dans le but de renforcer le pouvoir des populations locales dans la prise de décision. Le conseil d'administration sera composé à 80% des représentants des collectivités territoriales et des élus locaux pour définir la politique de l'établissement et assurer le contrôle du fonctionnement interne. Le conseil devait cependant référer au Ministre de la santé pour l'exécution de ses délibérations. Comme dans le cas 1, l'effet recherché était une dévolution sous un certain contrôle de l'état.

« Les collectivités locales participent à l'administration de la santé dans de conditions définies par le code des collectivités territoriales. Ainsi, le conseil communal, le conseil de cercle et l'assemblée régionale délibèrent sur la politique de création et de gestion de dispensaires, des maternités et des centres de santé communautaire, et des hôpitaux universitaires.....les modalités de transfert de compétences seront fixées par voie réglementaire » (Art 14, Loi n 02-049 du 22/07/2002 portant loi d'orientation sur la santé, page 3).

En même temps que les collectivités locales vont participer au financement de l'établissement hospitalier, celui là pourra faire des recettes à partir du recouvrement partiel des coûts auprès des usagers et obtenir les subventions de l'état. L'objectif était que les populations locales qui sont les bénéficiaires des prestations de l'hôpital puissent effectuer un contrôle sur sa gestion. Parallèlement à cette caractéristique essentielle de la dévolution, le conseil allait se conformer dans le cadre de la réalisation de ses activités aux orientations stratégiques strictes de la tutelle et aux objectifs définis par le Ministre de la santé. Comme dans le cas 1, la déconcentration allait toucher la gestion du personnel qui va relever directement du Ministre de la santé et de celui de l'éducation.

« Les ressources humaines sont insuffisamment maîtrisées : faible motivation du personnel, dont les revenus ne sont pas liés à l'obtention de résultat; insuffisance de certaines qualifications dans de nombreux établissements; faiblesses de la formation continue. Le personnel de l'hôpital est constitué essentiellement d'agents qui relèvent de la fonction publique. Les conditions d'affectation et de travail de ce personnel seront définies par le Ministre de la santé et celui de l'éducation » (CTAneh).

« Le financement du système hospitalier est assuré par l'État, les collectivités locales et les populations bénéficiaires conformément à la législation en vigueur. La

participation des populations au financement consiste en une participation physique et/ou financière à travers leurs contributions aux constructions et à la maintenance des établissements de santé, à l'aménagement, à l'équipement et à l'entretien du matériel technique. Ils peuvent également participer à travers le recouvrement des coûts des soins ou à travers un financement alternatif sous forme de prépaiement direct ou de tiers paiement (cotisations, mutuelles, assurance maladie obligatoire ou volontaire, fonds d'assistance médicale) » (Art 42/44, Loi n 02-049 du 22 juillet 2002, portant loi d'orientation sur la santé, page 6).

### *Mécanismes mis en place à l'hôpital*

La loi hospitalière a été le cadre juridique qui définit la participation quasi exclusive des populations locales à la gestion de l'hôpital et à son financement. L'intention de la dévolution comme dans le cas 1 combine également certaines caractéristiques fondamentales de la délégation et de la déconcentration surtout en ce qui concerne la gestion des ressources financières et humaines qui restent fortement sous la tutelle du Ministre de la santé. Pour soutenir la nouvelle composition du conseil et promouvoir la participation locale un arsenal juridique a été mobilisé, il s'agit de la loi d'orientation sur la santé (loi 02-049), la loi hospitalière (loi 02-050) qui autorisent la participation communautaire à la planification, à l'organisation et au contrôle des établissements hospitaliers et une « cellule d'appui à la décentralisation /déconcentration » (CADD/MS) a été créée.

« Les collectivités locales participent à l'administration de la santé dans de conditions définies par le code des collectivités territoriales. Ainsi, le conseil communal, le conseil de cercle et l'assemblée régionale délibèrent sur la politique de création et de gestion de dispensaires, des maternités et des centres de santé communautaire, et des hôpitaux.....les modalités de transfert de compétences seront fixées par voie réglementaire » (Art 14, Loi n 02-049 du 22/07/2002 portant loi d'orientation sur la santé, page 3).

« Il est créé auprès du Ministre chargé de la santé, pour la deuxième phase du programme de développement sanitaire et social, une cellule d'appui à la décentralisation / déconcentration du ministère chargé de la santé, en abrégé CADD/MS<sup>5</sup>...sa mission est d'impulser le processus de décentralisation / déconcentration\* au sein du ministère de la santé et de suivre le processus de transfert des compétences et des ressources de l'État aux collectivités locales en

---

<sup>5</sup>CADD / MS: Cellule d'appui à la décentralisation et à la déconcentration\*, Ministère de la santé.



matière de santé... ». (RT2Minist, mai 2009) confirmé par Art 1-2, Décret n 07-422/PM-RM du 07/11/2007 portant création de la CADD/MS, page 1.

Comme dans le cas de l'hôpital X, il n'existait aucun mécanisme pour définir clairement les modalités de la participation des collectivités locales au financement de l'hôpital. Un décret présidentiel (Décret n 299/PRM<sup>6</sup> du 28/06/2005, page 3-2) pris dans le cadre de la décentralisation, précise plutôt les principes de la participation communautaire au niveau de la première ligne c'est-à-dire les « centres de santé communautaire ou CSCOM ». Le financement de l'hôpital repose sur les subventions de l'État, le budget issu du recouvrement partiel des coûts des soins auprès des usagers. Comme dans le cas 1, le mécanisme budgétaire existant en l'absence de financement local traduit plutôt une déconcentration. Elle concerne également les délibérations du conseil qui en même qu'elles sont conditionnées à l'avis du Ministre, ce dernier définit les orientations stratégiques à suivre et les objectifs à atteindre.

Deux instances consultatives regroupant les différentes catégories professionnelles ont été créées (1) pour aider le conseil d'administration et la direction générale dans leur prise de décision et (2) faciliter l'implication des professionnels de santé à la gestion de l'établissement. Comme nous l'avons décrit dans le cas 1, ce dispositif était faiblement fonctionnel.

#### *Transformations effectuées dans l'hôpital*

Le nouveau conseil d'administration a été installé et ses membres ont été nommés par le Ministre de la santé en 2003. Le Ministre de la santé et les professionnels de santé ont été retirés de sa composition tandis que les représentants des collectivités locales constituaient 80% de l'effectif des membres siégeant. Comme dans le cas 1, les réunions statutaires du conseil se tenaient deux fois par an et permettaient au conseil d'exécuter les fonctions déléguées sur la base d'un contrat d'objectif et de moyen (le projet d'établissement) signé entre la tutelle et l'établissement hospitalier. Il s'agit de décisions internes concernant parfois le recrutement d'agents de support technique, leur affectation interne et l'approvisionnement des services en petits matériels et consommables médicaux, la gestion

---

<sup>6</sup>Décret n 299/PRM\* du 28/06/2005: portant conditions de création et de fonctionnement des centres de santé communautaires (Cscm).

des conflits. Il s'agit là d'une implication marginale du conseil comme dans le cas 1. Pour les grandes décisions, le conseil était tenu de se référer à l'avis du Ministre de la santé. La gestion des budgets (mobilisation, exécution et contrôle) et des ressources humaines (recrutement, affectation, avancement, sanction et motivation) étaient fortement déconcentrées par la tutelle.

« Il y a des problèmes liés à la faiblesse de l'administration, je connais des cas d'affectation d'agents qui ne veulent pas rejoindre leurs postes (service d'accueil). On nous consulte pour un avis consultatif mais on n'a pas un pouvoir de décision et le dernier mot revient au Ministre de la santé dans tous les cas. Il faut que les directions des hôpitaux appliquent la décision du Ministère quelque soit le prix et qu'ils s'assument. Les conseils d'administration des établissements sont peu impliqués dans le quotidien des établissements...je me rappelle juste d'une intervention dans l'établissement pour concilier certains chefs de service en conflit » (MemCAHopY).

L'essentiel du financement de l'hôpital était apporté par le budget d'État en plus du recouvrement partiel des coûts des prestations à la charge des usagers. Les collectivités locales ne participaient pas au financement. Il persistait un problème de coordination entre le conseil et le Ministre de la santé qui n'était plus son président. Ce dernier était l'ordonnateur principal des Budgets de l'hôpital, et le directeur général l'unique ordonnateur délégué qui lui rend compte directement de sa gestion. Par conséquent, la marge de manœuvre du conseil était fortement encadrée par la tutelle comme nous l'avions démontré dans le cas 1.

« Le Ministre assure la tutelle des établissements en leur apportant des subventions. Logiquement, ils doivent fonctionner conformément à ses instructions. Le dernier mot revient au Ministre de la santé surtout quand les délibérations du conseil ont des incidences financières. La tutelle peut toujours bloquer.....Cela fait que dans la composition actuelle du conseil il y'a un représentant du Ministre (le Ministre se fait représenter lors des sessions statutaires) bien que cela n'apparait pas dans la loi hospitalière » (CTHop).

La prise de décision du conseil étant limitée et en l'absence de modalités pratiques de transfert des ressources vers les services de spécialité ou les départements, aucune responsabilité formelle véritable de la direction générale n'avait été transférée. Comme dans le cas 1, le Ministre de la santé intervenait directement dans l'hôpital soit pour

nommer les médecins-chefs, créer les nouveaux services et les départements et attribuer les primes de rendement au personnel.

« .....nous lisons dans les rapports d'activité la création de nouveaux services...comme le cas du service de rhumatologie en 2007, le directeur général de l'hôpital et son adjoint nous ont simplement informé que la décision vient d'en haut » (MemCAHopY).

Il existait une forte atmosphère de tension dans le fonctionnement des commissions qui ont été créées pour aider le conseil d'administration et la direction générale dans leur prise de décision. Particulièrement, la fonctionnalité de la commission médicale d'établissement (CME) a été mise en cause comme nous l'avons démontré dans le cas 1. En définitive, l'essentiel des décisions importantes concernant la gestion et le fonctionnement de l'hôpital Y était centralisé au niveau du Ministre de la santé qui définissait la politique des établissements et apportait l'essentiel des budgets de fonctionnement et pour les investissements.

**En résumé**, pour les changements intervenus dans la structure, on observe selon l'importance des responsabilités attribuées à l'hôpital public un écart entre la logique initiale de la réforme (déconcentration / délégation / dévolution), les mécanismes mis en place (déconcentration / délégation / dévolution) et les transformations effectuées dans l'hôpital (déconcentration / délégation). Le tableau 7 ci-dessous synthétise les variations entre les intentions politiques de la réforme par l'implication des populations locales à la gestion hospitalière dans l'établissement Y, les mécanismes mis en place et les transformations effectuées.

**Tableau 7 : Cadre synthétique d'analyse de la logique de l'implication des populations locales à la gestion de l'hôpital Y**

Dimensions de la décentralisation par niveau / Autonomie administrative et financière	1. Effets recherchés / Intentions politiques	2. Mécanismes mis en place à l'hôpital	3. Transformations dans l'hôpital (Résultats).
<p><b>Déconcentration</b></p>	<p>Définition des orientations stratégiques et des objectifs de l'hôpital par le Ministre de la santé conformément au PDSS, article 43 loi hospitalière.</p> <p>Le conseil a peu d'emprise sur l'affectation, le recrutement, les sanctions et la motivation du personnel (excepté l'affectation interne du personnel de support technique) relèvent directement du Ministre de la santé et de celui de l'éducation.</p>	<p>Contrôle de l'exécution du budget par la tutelle (présence d'un Contrôleur financier représentant l'État).</p> <p>Respect des principes étatiques (loi des finances) de mobilisation et d'exécution des ressources sur les deux budgets (autonome et étatique). Présence d'un comptable public au sein de l'hôpital désigné par le Ministre de la santé et celui des finances dans l'hôpital pour le maniement des fonds.</p> <p>Création d'une commission budgétaire des hôpitaux au niveau du Ministère de la santé chargé de la répartition du budget global d'état entre les hôpitaux publics (article 97 loi hospitalière).</p> <p>Création d'une cellule de décentralisation/déconcentration (CADD) au ministère de la santé pour promouvoir la participation locale.</p>	<p>Le Ministre de la santé définit l'orientation de l'hôpital et le contenu des objectifs sectoriels à poursuivre dans le cadre du plan national de développement sanitaire et social (PDSS).</p> <p>La gestion du personnel de l'hôpital relève surtout du Ministère de la santé, et de celui de l'éducation.</p> <p>La gestion des ressources financières est toujours subordonnée à l'avis du Ministre de la santé (présence d'un contrôleur financier représentant le Ministre de la santé et celui des finances). est fixé par un arrêté du Ministre de la santé.</p> <p>Le Ministre de la santé fixe le tarif des prestations de soins et le taux des primes de rendement et les modalités de son attribution au personnel.</p> <p>Le paiement des dépenses, le recouvrement des recettes et le maniement des fonds sont assurés par un comptable public selon les règles de la comptabilité public; le directeur de l'hôpital est l'unique ordonnateur délégué des budgets.</p> <p>L'essentiel de la subvention au fonctionnement est apporté par le Ministre de la santé (il n'existait aucune participation des collectivités locales au financement).</p> <p>Peu d'emprise du conseil d'administration sur la gestion du personnel (affectation, recrutement, sanction et motivation) qui relève directement du Ministre de la santé, et de celui de l'éducation. Nomination des médecins-chefs et création des services et des départements par le Ministre de la santé parfois sans informer le conseil d'administration.</p> <p>Pour la définition des modalités pratiques d'une collaboration interprofessionnelle et l'intervention en équipe pluridisciplinaire, le conseil était informé parfois des initiatives de la direction générale et des principes édictés par la tutelle dans ce sens.</p>

Dimensions de la décentralisation par niveau / Autonomie administrative et financière	1. Effets recherchés / Intentions politiques	2. Mécanismes mis en place à l'hôpital	3. Transformations dans l'hôpital (Résultats).
<b>Délégation</b>	<p>Obtention de recettes propres générées à l'hôpital par la tarification partielle des soins aux usagers.</p> <p>Planification et affectation des ressources de l'hôpital par le conseil d'administration sous la tutelle technique du Ministre de la santé</p>	<p>Attribution de statut juridique spécifique (EPH) à l'hôpital défini comme un organisme personnalisé (article 6, loi hospitalière); mise en place de conseil d'administration révisé avec de nouveaux membres venant des collectivités locales, signature de contrat d'objectif et de moyen entre l'hôpital et la tutelle (planification stratégique matérialisé par le PE);</p> <p>Existence de deux budgets à l'hôpital (le budget d'état logé au trésor public et le budget autonome logé dans un compte bancaire), possibilité de générer des recettes propres à l'hôpital (recouvrement partiel des coût des soins supporté par le paiement directe du patient) dans le respect de la réglementation gouvernementale.</p> <p>Création de cadre de concertation et d'espaces d'échange (commissions et comités) pour fournir un avis consultatif au conseil d'administration pour la gestion de l'établissement (implication des professionnels à la gestion, coordination et intégration des services de spécialité).</p>	<p>Attribution d'un statut spécifique à l'hôpital (EPH), certaines fonctions sont déléguées sur la base d'un contrat d'objectif et de moyen et sous contrôle strict du ministère de la santé (ex affectation interne des agents du support technique, obtention des recettes, petits approvisionnements en intrants et consommables médicaux etc.).</p> <p>Faible implication du conseil dans le transfert interne de responsabilités et de ressources auprès des médecins-chefs (parfois des petites initiatives propres à la direction générale pour la notification de l'enveloppe budgétaire consacré aux achats de matériels médicaux, la formation du personnel et assignation de quelques matériels de soins aux services).</p> <p>Inexistence de modalités pratiques de transfert des ressources aux services techniques. Création des instances consultatives du conseil comme la commission médicale d'établissement (CME pour les médecins) et la commission des soins infirmiers et obstétricaux (CSIO pour les infirmiers), elles étaient peu fonctionnelles notamment la CME.</p> <p>Existence d'un plan stratégique (PE 2003/2008) validé par la tutelle (projet quinquennal d'établissement) peu partagé par le personnel, très peu respecté par l'administration hospitalière. Ce sont plutôt les instructions de la tutelle qui prévalent dans la planification des activités hospitalières face au conseil d'administration comme les transformations architecturales et la fusion des équipes professionnelles etc.</p>

Tableau 7 : Cadre synthétique d'analyse de la logique de l'implication des populations locales à la gestion de l'hôpital Y (suite)

Dimensions de la décentralisation par niveau / Autonomie administrative et financière	1. Effets recherchés / Intentions politiques	2. Mécanismes mis en place à l'hôpital	3. Transformations dans l'hôpital (Résultats).
<b>Dévolution</b>	<p>Passage de l'autogestion à la cogestion avec la participation des populations locales pour la définition de la politique générale de l'établissement hospitalier (article 57, loi hospitalière).</p> <p>Présence quasi exclusive des collectivités locales et des élus locaux dans la composition du conseil d'administration.</p> <p>Participation des collectivités locales au financement de l'hôpital.</p> <p>Contrôle du fonctionnement régulier de l'hôpital (la gestion des ressources, la coordination et l'intégration des services).</p> <p>Coordination et intégration des services à travers la définition par le conseil de directives à l'attention de l'administration hospitalière.</p>	<p>Mise en place d'un cadre juridique qui autorise la participation des collectivités locales au financement de l'hôpital sous forme de dotation annuelle de fonctionnement ou de subventions spéciales (article 91, loi hospitalière).</p> <p>Prise de décision interne à l'hôpital concernant le fonctionnement quotidien des services et des départements, l'affectation du personnel dans les services et les départements, la collaboration interprofessionnelle, la formation continue du personnel à l'interne.</p> <p>Mise en place d'un calendrier de réunion du conseil d'administration (deux sessions annuelles pour l'évaluation du budget et du rapport d'activités du directeur général).</p> <p>Création de la cellule d'appui à la décentralisation/déconcentration* (CADD) pour promouvoir et impulser la participation locale.</p>	<p>Participation presque exclusive des populations locales dans le conseil d'administration de l'hôpital (80% de l'effectif des membres du conseil) et retrait du Ministre de sa présidence.</p> <p>Tenue régulière des sessions statutaires du conseil deux fois par an (session budgétaire et examen du rapport d'activités du directeur général).</p> <p>Quelques prises de décision sporadiques du conseil pour le recrutement de contractuels du support technique et leur affectation interne.</p> <p>Formulation de recommandations à l'attention de l'administration hospitalière sur les prévisions budgétaires et les dépenses, les rapports d'activités du directeur le tout étant soumis ensuite à l'approbation finale du Ministre de la santé.</p> <p>Intervention du conseil dans la gestion des conflits interprofessionnels et des conflits entre les syndicats et l'administration hospitalière.</p>
<b>Privatisation</b>			Inexistence de contrat (convention) entre un service hospitalier privé à but purement lucratif et le Ministère de la santé et ou l'hôpital.

#### **4.1.2.3 Intégration des services de spécialité dans l'hôpital Y**

##### *Effets recherchés / Intentions politiques*

L'attribution des responsabilités formelles du directeur général de l'hôpital Y et de ressources aux médecins-chefs était une priorité de la tutelle. Cette délégation allait faciliter la coordination des interventions médicales et un contrôle de la gestion au niveau des services de spécialité et des départements comme nous l'avons annoncé dans le cas 1.

« Dans le centre hospitalo-universitaire Y, la fonction de chef de service ou de département est assurée par un personnel universitaire. Ils sont nommés par décision du Ministre chargé de la santé parfois sur proposition du directeur général et ou après avis de la commission hospitalo-universitaire créée par les Ministres de la santé et celui chargé de l'éducation » (Art 14-15, tirés convention hospitalo-universitaire HopY, 2004 - page 3).

« Le corps médical est particulièrement concerné par la réforme. La plupart des médecins, y compris ceux qui enseignent à l'école de médecine consacrent une partie importante de leur temps à des activités illégales dans le secteur privé en laissant un vide considérable dans leur service. Leur participation à la gestion devra permettre les fixer à l'hôpital et de trouver des solutions aux problèmes. C'est un choix réaffirmé par le Ministre de la santé à l'occasion de chacune de ses rencontres avec les directeurs des hôpitaux » (DgHopY).

La gestion du personnel (affectation, recrutement, avancement, motivation et sanction) restera fortement déconcentrer auprès du Ministre de la santé tel que prévu par l'autonomie administrative et de gestion (cf section 4.1.2.1 portant sur l'autonomie administrative et de gestion). Il autorise la création des départements fonctionnels et nomme les médecins-chefs dans le respect de la hiérarchie établie par le statut de l'enseignement supérieur ou à défaut par un praticien hospitalier.

##### *Mécanismes mis en place à l'hôpital*

Comme dans le cas 1, certaines initiatives ont été prises par la direction générale de l'hôpital Y afin de faciliter l'attribution des responsabilités formelles du directeur général et des ressources aux médecins-chefs. Il s'agit de (1) l'élaboration des fiches de fonction pour les médecins-chefs et les chefs d'unité, (2) l'élaboration d'organigramme et la mise en place d'un organigramme et d'un cadre organique pour les services et les départements, (3) et l'adoption d'un règlement intérieur censé moraliser la pratique professionnelle. L'objectif visé par la mise en place de ces mécanismes était d'impliquer les professionnels

de santé à la gestion et rendre imputable les médecins-chefs de la gestion de leurs départements.

« La direction générale a opté pour un style de management participatif avec une nouvelle forme d'organisation du travail (description des tâches, organigramme de service, règlement intérieur, cadre organique dans les services). Il s'agissait de détendre le climat de collaboration entre les acteurs car nous avons hérité de relations tendues entre l'ancienne direction et les professionnels de santé. Actuellement tout le monde peut voir le Dga, il est très accessible et les écoute..... De façon générale tous les gestionnaires respectent les professionnels de santé indépendamment de leur catégorie qu'il soit infirmier ou médecin » (DgaHopY).

Pour rendre fonctionnel les équipes professionnelles dans une perspective d'intervention pluridisciplinaire, il a été envisagé comme dans le cas 1, la création des départements par la fusion de plusieurs services de spécialité en grand ensemble comme par exemple la médecine générale, la chirurgie générale, les maladies infectieuses. L'objectif était de faire disparaître les frontières traditionnelles entre spécialités et professionnels.

« Il y a le cadre de travail qui a un peu changé, les médecins peuvent se retrouver dans des grosses équipes en construction, cela a un certain impact sur la coopération, on a des bureaux et des salles de consultation plus confortables avec quelques lacunes que la direction tente de corriger. Les gens se battent pour faire avancer les choses avec le peu qui est fait sur le plan de l'organisation » (MedHopY).

En plus des cadres de rencontres interprofessionnelles (staffs collectifs) qui ont été créés, certains médecins ont également été envoyés en formation par le ministère de la santé afin de dynamiser le fonctionnement des équipes professionnelles. L'objectif visé par la mise en place de ces mécanismes était d'améliorer la qualité des prestations de soins et la fonctionnalité des équipes cliniques qui seront formellement sous la responsabilité des médecins-chefs.

Les commissions consultatives créées pour faciliter l'implication des professionnels à la gestion ont été peu fonctionnelles comme nous l'avons démontré dans le cas 1. La mobilisation et l'exécution des budgets de l'hôpital, des services et des départements devaient se faire sous le contrôle de la tutelle du Ministre de la santé exercée par ses représentants que sont le directeur général, le contrôleur financier et le comptable public. Il s'agit de mécanismes qui traduisent une délégation faible et une déconcentration des



pouvoirs de la tutelle qui concernent également la motivation du personnel, son recrutement, et l'application des sanctions disciplinaires.

*Transformations effectuées dans l'hôpital*

Comme dans le cas 1, le directeur général était l'unique ordonnateur délégué des budgets au sein de l'hôpital, la gestion du personnel c'est-à-dire les affectations, les nominations des médecins-chefs, l'attribution des primes de rendement ainsi que l'application des sanctions disciplinaires étaient sous un contrôle complet du Ministre de la santé.

En l'absence de transfert des ressources et des responsabilités de la direction générale aux services de spécialité et aux départements, les initiatives prises par l'administration hospitalière ont consisté seulement à (1) informer les médecins-chefs de l'enveloppe budgétaire consacrée à la formation continue du professionnels de santé et à les associer à l'expression des besoins. Ceci semblait peu suffisant pour taire les suspicions de corruption liées à l'absence de transparence autour de la gestion financière.

« Les médecins-chefs sont informés de l'enveloppe budgétaire prévue pour la formation des professionnels, ils ont le choix de son utilisation. La direction générale est détachée du reste de l'hôpital, il existe un grand fossé entre nous quant au partage réel de l'information financière. Nous ne sommes pas consulté par rapport aux budgets, nous n'assumons aucune fonction d'ordonnateur...nous avons l'impression que tout se résume au directeur général » (ResSyndicHopY).

« Ils sont souvent associés au choix des équipements et informés de l'enveloppe budgétaire, les médecins-chefs devront dorénavant être des gestionnaires de leur service spécialité et comprendre qu'ils représentent le directeur général. La plupart d'entre eux sont sorti des écoles de médecine, ils savent peu de notion sur la pratique de la gestion» (RDir1HopY, mai 2009).

La départementalisation était plutôt limitée à un regroupement de certaines spécialités dans le même bloc, elle avait une faible influence sur l'organisation des soins et la fonctionnalité des équipes professionnelles comme cela avait été démontré dans le cas 1.

« .....Dans les faits, les services techniques sont laissés pour compte entre les mains des étudiants et des internes, ceci est un problème que l'on retrouve dans tous les autres pays de notre sous région ouest africaine. On assiste également à une interpénétration sauvage du privé et du public, donc la mise en œuvre de la convention n'est pas satisfaisante..... » (CTHop).

« Les infrastructures ont été améliorées par contre la réorganisation structurelle, administrative et technique\* n'a pas été eu lieu. Les services fonctionnent très mal ce qui est lié a leur non réorganisation. Le plateau technique n'est pas performant, par exemple dans un service de chirurgie le personnel indiqué n'est pas là, pareillement pour l'équipement qui est insuffisant et ne répond pas aux exigences des techniciens.... » (ResSyndicHopY).

Enfin, la CME et la CSIO créées pour impliquer les médecins et les infirmiers à la gestion de leurs départements selon la perspective de la délégation étaient peu fonctionnelles, elles participaient faiblement à la prise de décision.

**En résumé**, pour les changements intervenus dans la structure, on observe selon l'importance des responsabilités attribuées à l'hôpital public un écart entre la logique initiale de la réforme (délégation / déconcentration), les mécanismes mis en place (délégation / déconcentration) et les transformations effectuées dans l'hôpital (délégation / déconcentration). Le tableau 8 ci-dessous synthétise les variations entre les intentions politiques de la réforme par l'intégration des services de spécialité dans l'établissement Y, les mécanismes mis en place et les transformations effectuées dans les services de spécialité ou les départements.

**Tableau 8 : Cadre synthétique d'analyse de la logique de l'intégration des services de spécialité dans l'hôpital Y**

Dimensions de la décentralisation par niveau / Autonomie administrative et financière	1. Effets recherchés / Intentions politiques	2. Mécanismes mis en place à l'hôpital	3. Transformations dans l'hôpital (Résultats).
<b>Déconcentration</b>	<p>Gestion des ressources matérielles des services et des départements centralisée auprès du directeur général et du comptable public détaché au sein de l'hôpital.</p> <p>Création des services et nomination des médecins-chefs départements par le ministre de la santé et non par le directeur général.</p>	<p>Contrôle de l'exécution des budgets directement par la tutelle (présence d'un Contrôleur financier représentant l'État).</p> <p>Existence de principes étatiques (loi des finances) de mobilisation et d'exécution des deux budgets (autonome et étatique) et la gestion du matériel.</p> <p>Existence de directive dans le projet d'établissement pour la nomination des chefs de département ou des médecins-chefs par le Ministre de la santé ou le directeur de l'hôpital tandis que la loi hospitalière prévoit les nominations uniquement par le Ministre de la santé.</p> <p>Incitation du personnel (primes de rendement et formation longue durée) à plus de collaboration interprofessionnelle sur décision du Ministre de la santé.</p>	<p>La nomination des médecins-chefs de département par le Ministre de la santé.</p> <p>Le Ministre de la santé définit l'orientation de l'hôpital et le contenu des objectifs sectoriels (y ceux des services) à poursuivre dans le cadre du plan national de développement sanitaire et social (PDSS).</p> <p>La gestion du personnel de l'hôpital relève directement du Ministre de la santé et de celui de l'éducation.</p> <p>La gestion des ressources financières de l'établissement est toujours subordonnée à l'avis du Ministre de la santé (présence d'un contrôleur financier et d'un comptable public). Ce dernier fixe également le taux des primes de rendement et les modalités de son attribution au personnel.</p> <p>Le directeur de l'hôpital est l'unique ordonnateur délégué des budgets.</p>
<b>Délégation</b>	<p>Attribution de responsabilités formelles aux chefs de services spécialité et assignation de ressources matérielles, financières et humaines à leur niveau.</p> <p>Orientation et dynamisation de la collaboration interprofessionnelle et de la coordination des interventions sous la supervision du directeur</p>	<p>Création de départements fonctionnels fondés sur des macro-spécialités (médecine, chirurgie, etc) prévu dans le projet d'établissement et possibilité de nomination des chefs de département par le Ministre de la santé <u>ou le directeur de l'hôpital</u></p> <p>Disparition des frontières traditionnelles entre les spécialités (réaménagement physique des locaux et leur regroupement selon les conditions de soins défini dans le PE pour assurer la continuité de soins).</p> <p>Existence de cadre de rencontres interprofessionnelles autour des spécialités (les staffs collectifs) et renforcement des capacités des équipes professionnelles à travers la formation continue, la formation des médecins-chefs en gestion.</p> <p>Désignation par le directeur général de personnel de relais (infirmier-chef</p>	<p>Transfert interne de responsabilités et de ressources auprès des médecins-chefs : plutôt des initiatives propres à la direction générale</p> <p>La notification de l'enveloppe budgétaire consacrée aux achats de matériels médicaux, la formation et assignation de quelques matériels de soins aux services (expression des besoins en formation) par les médecins-chefs.</p> <p>-</p> <p>Inexistence de modalités pratiques et d'un cadre juridique pour le transfert des ressources aux services de spécialité ou aux départements (délégation interne faible auprès des services limité à l'assignation de quelques petits matériels de soins dans les services).</p>

	général de l'hôpital et des médecins-chefs.	d'unité) pour la coordination des relations interservices.  Création de cadre de concertation et d'espaces d'échange (commissions et comités) (article 69 de la loi hospitalière) pour que les professionnels de santé fournissent un avis consultatif sur la gestion de l'établissement (implication des professionnels à la gestion).	Création des instances consultatives du conseil comme la commission médicale d'établissement (CME pour les médecins) et la commission des soins infirmiers et obstétricaux (CSIO pour les infirmiers), elles étaient peu fonctionnelles notamment la CME.
<b>Dévolution</b>			
<b>Privatisation</b>			

Comme dans le cas 1 au lieu que l'hôpital Y gère de façon indépendante les ressources humaines et financières de l'établissement tel que prévu par l'autonomie administrative et financière, la tutelle du Ministère de la santé gardait une envergure de commandement importante sur la prise de décision. La mobilisation et l'exécution des budgets étaient fortement déconcentrées, le Ministre de la santé nommait un contrôleur financier et un comptable public respectivement pour le contrôle et le maniement des fonds de l'hôpital. L'attribution de responsabilités administratives et l'assignation de ressources aux services de spécialité étaient faibles. En dehors de la dotation des services des services en petits matériels de soins qui étaient sous la responsabilité des médecins-chefs, aucune responsabilité formelle de la direction générale n'avait été transférée auprès de ces derniers.

Le nouveau conseil d'administration a été installé et ses membres ont été nommés par le Ministre de la santé (dont les représentants des collectivités locales constituaient 80% de l'effectif des membres siégeant). Les autres organes de gestion tels que la commission médicale d'établissement et la commission des soins infirmiers et obstétricaux étaient peu fonctionnels. Au lieu d'alléger la chaîne de prise de décision permettant à l'hôpital de répondre de façon diligente aux demandes internes, comme dans le cas 1, le conseil d'administration ne pouvait qu'exécuter certaines décisions internes mineures déléguées par la tutelle comme le recrutement d'agents de support technique, leur affectation interne, l'approvisionnement des services en petits matériels et consommables médicaux, et la gestion de certains conflits. Il s'agit d'une implication marginale du conseil qui était tenu de référer à l'avis du Ministre de la santé pour la gestion des budgets (mobilisation, exécution et contrôle) et celle des ressources humaines (recrutement, affectation, avancement, sanction et motivation).

#### **4.2 Les réactions des groupes d'acteurs aux changements structurels au sein de l'hôpital X et de l'hôpital Y**

La réalisation des objectifs fixés par la réforme hospitalière au Mali devait entraîner certains changements structurels importants au sein des établissements hospitaliers comme (1) le changement des rôles des acteurs dans la définition des orientations stratégiques de l'établissement (recomposition du conseil d'administration), (2) le développement de

nouveaux mécanismes de gestion des services médicaux, (3) et l'initiation de nouvelles modalités de collaboration interprofessionnelle.

Les résultats de chaque cas sont présentés en 3 grandes rubriques qui correspondent aux changements structurels rapportés aux objectifs spécifiques visés par la réforme hospitalière au Mali. L'analyse se fait à deux niveaux, (1) un niveau stratégique qui cherche à savoir comment chaque groupe d'acteurs définit le problème selon le type de changement structurel envisagé dans le cadre de la réforme, leurs buts, les ressources dont ils disposent et les enjeux afin d'identifier leurs stratégies, (2) le deuxième niveau d'analyse est systémique, il est juxtaposé au raisonnement stratégique rappelé au point (1) et permet d'identifier les zones d'incertitude selon la définition que fait chaque groupe d'acteurs des règles formelles ou informelles et des types de relations qu'ils entretiennent.

Un tableau est dressé à la fin de chaque section pour résumer les résultats obtenus par cas conformément au cadre d'analyse (tableau 2).

#### **4.2.1 Cas de la réaction des groupes d'acteurs aux changements structurels au sein de l'hôpital X**

L'établissement hospitalier X était un ancien dispensaire érigé en hôpital en 1959, situé en plein centre de Bamako la capitale du Mali. Sous l'effet de différents programmes de réforme, son statut est passé d'établissement public à caractère administratif (EPA) à celui d'établissement public hospitalier (EPH) en 2002. Ce statut lui conférait une personnalité morale et plus d'autonomie financière. Il est le second grand établissement hospitalier de multi-spécialité du pays avec une capacité d'accueil en 2009 de 367 lits, et un effectif de 597 agents dont 103 médecins, 341 infirmiers et 5 gestionnaires. C'est le dernier recours pour les populations de la capitale et de l'intérieur du Mali, ce qui explique son volume d'activités très important.

##### ***4.2.1.1 Les changements des rôles des acteurs dans la définition des orientations stratégiques de l'établissement***

Avant 2002, l'hôpital X a été successivement rattaché à la direction nationale de la santé publique comme hôpital national puis au secrétariat général du Ministre de la santé comme

établissement public à caractère administratif (EPA). A l'époque les décisions importantes concernant l'hôpital étaient fortement centralisées auprès du Ministre de la santé qui gardait un contrôle complet sur le recrutement et l'affectation du personnel de l'hôpital, la mobilisation et l'exécution du budget, le choix des investissements immobiliers.

A partir de 1998, le directeur général pouvait recourir au personnel regroupé au sein du comité de gestion pour discuter du rapport d'activité de l'hôpital avant de le soumettre aux sessions du conseil d'administration. Il était cependant obligé de référer au Ministre de la santé pour toute prise de décision finale. Son rôle se résumait essentiellement à l'exécution des décisions émanant soit directement du Ministre de la santé ou du conseil d'administration qui regroupait les représentants de chaque groupe d'acteur professionnel présidé par le Ministre de la santé. Cette lourdeur administrative semblait expliquer la faible capacité de fonctionnement de l'hôpital qui éprouvait des difficultés à faire face à ses missions de soins (Rapport Diagnostic PRODESS<sup>7</sup>/PDSS - Mali 1998-2007).

Pour alléger la chaîne de prise de décision, il fut décidé en septembre 2002 à travers la réforme hospitalière deux changements structurels majeurs dans la prise de décision stratégique de l'hôpital (1) supprimer le comité de gestion; (2) et réviser la composition du conseil d'administration afin de le rendre plus autonome dans ses prises de décision par rapport au Ministre de la santé. Elle sera étendue aux populations locales qui représentent 80% des membres siégeant et présidée par un membre élu de la collectivité locale et non par le Ministre de la santé.

Les réactions ont porté selon les groupes d'acteurs soit sur la nouvelle configuration du conseil d'administration et ou la suppression du comité de gestion qui est dans une certaine mesure une conséquence de la révision de la composition du conseil.

### *Définition du problème*

La conséquence de la forte centralisation des décisions auprès du Ministre de la santé a été selon la majorité des gestionnaires (4/5), le blocage par ce dernier de certaines décisions importantes qui avaient été prises par le conseil d'administration parmi lesquelles on peut

---

<sup>7</sup>PRODESS: Programme de développement sanitaire et social (Phase I: 1998/2002, Phase II: 2005/2009).

citer entre autre (1) les coupures budgétaires effectuées par le Ministre de la santé en 2008 sur les prévisions de l'hôpital qui ont empêché les gestionnaires à satisfaire la demande interne des services de spécialité en matériels de soins et autres consommables médicaux,(2) et le refus d'une augmentation des tarifs de prestation de soins pour compenser certaines dépenses imprévues non couvertes par le budget ordinaire de l'hôpital telles que le paiement des primes de garde et des primes de risque.

« Lors de la coupure budgétaire du premier semestre 2008, le budget de l'hôpital a connu une diminution très importante par rapport à la dotation initiale. À l'époque c'était très difficile à gérer. Même les besoins élémentaires tels l'achat des petits matériels et consommables de soins dans les services, les cotons, les antiseptiques comme l'alcool n'ont pas été satisfaits. Certains médecins ont vivement manifesté leur ras le bol, les soins ont été interrompus dans certaines unités » (DgaHopX).

Quant aux professionnels de santé c'est-à-dire les médecins et les infirmiers, c'est environ un mois après l'annonce officielle de l'adoption par l'assemblée nationale du Mali de la loi hospitalière en septembre 2002, qu'ils apprenaient qu'ils ne seront désormais pas présents dans la composition du conseil d'administration. Ils étaient dorénavant représentés au sein du conseil par un seul représentant du syndicat alors qu'il existait trois syndicats des médecins et infirmiers au sein de l'établissement. Il s'agit là d'un choix sélectif du Ministre de la santé qui n'a pas été expliqué.

L'impact d'une régulation externe imposée par la nouvelle configuration structurelle du conseil était mal ressenti par les médecins. Le principal problème était qu'ils (5/7) ne pouvaient plus faire contrepoids à la décision des administrateurs lors des sessions statutaires du conseil qui était prise à la majorité des membres siégeant. Ce sentiment d'exclusion était accentué par la suppression du comité de gestion qui était un espace qui leur permettait d'interagir avec les gestionnaires. Donc, ils n'auraient plus de possibilités de négociation directes avec les administrateurs du conseil et les gestionnaires alors que cela semblait être une alternative pour que des réponses satisfaisantes soient données à leurs requêtes comme par exemple l'accès à plus de ressources cliniques ou l'octroi de primes de rendement qui constituaient pour eux une préoccupation majeure.



Ce rôle marginal des médecins dans la prise de décision stratégique semblait contrarier avec leur position au sommet de la hiérarchie professionnelle. La majorité d'entre eux (5/7) affirmait que les décisions administratives les affectant sont prises à leur encontre comme par exemple la mise en vigueur d'un quota d'actes pour les médecins décidé par le conseil en 2003.

« La loi hospitalière a été conçue par le Ministère de la santé sans l'implication des acteurs hospitaliers, le tout a été piloté par le consultant B. C'était prévisible que sa mise en œuvre allait en souffrir. Les médecins ne se sentent pas vraiment concernés. Il y'a suffisamment d'insuffisances qui doivent être corrigées dans cette loi. D'abord, la composition actuelle du conseil est une aberration. Avant 2002, les médecins étaient représentés dans le conseil par l'ensemble des médecins-chefs, ceux-ci sont exclus de la nouvelle composition. Les médecins sont très frustrés et pourtant sans eux les soins n'existeraient pas à l'hôpital. Beaucoup de demandes des services de spécialité en matériels de soins et même les augmentations de primes qui ont été adressées au conseil d'administration n'ont pas été examinées à fond...Nous avons l'impression que ce n'est pas une préoccupation majeure pour les administrateurs.....Ce sont des élus locaux..... » (RSyndic1MedHopX, mars 2010).

« .....Il est arrivé parfois que les médecins manifestent leur opposition à des décisions issues des délibérations du conseil d'administration... Pour eux ils étaient mis devant les faits accomplis. Par exemple face à la décision du conseil d'imposer des jours et des nombres de consultations mensuelles aux médecins, nous avons boudé... Certains sont allés plus loin en refusant en 2003 de fournir leurs rapports de services qui étaient pourtant fortement attendus dans le cadre de leur compilation pour le conseil d'administration. Les médecins apprenaient beaucoup à travers des rumeurs... comme par exemple l'information à propos de la coupure des primes pour les médecins enseignants. Il y a un grand déficit de communication vers les médecins.... » (Med2HopX).

La réaction des infirmiers face à la nouvelle composition du conseil et la suppression du comité de gestion, du moins au départ ont été importantes à cause du manque de sensibilisation. Beaucoup d'entre eux (6/7) ont interprété leur absence du conseil comme un revirement du Ministre de la santé qui aurait reconnu dans une correspondance datant de mai 2002, le rôle important joué par leur corps de métier dans le fonctionnement des services de spécialité.

Les infirmiers-chefs d'unités (3/7) ont évoqué comme principal entrave à leur retrait du conseil le contraste entre leur (1) faible niveau d'implication dans la prise de décision stratégique et leur contribution majeure au développement des activités des services notamment la réalisation des tâches médico-administratives. Le renforcement des capacités du support technique semblait préoccuper plus les administrateurs tandis que la quasi-totalité des infirmiers (5/7) critiquaient leur manque d'intérêt pour le traitement des problèmes spécifiques à la profession infirmière tels que leur (2) faible participation dans les équipes professionnelles et (3) la pénurie des effectifs en personnel infirmier qui a entraîné dans beaucoup de services de spécialité des conflits de compétence entre les étudiants de médecine qui faisaient office d'infirmiers et les infirmiers attirés comme l'illustre les propos d'un infirmier (Inf3SyndicHopX).

«... La loi hospitalière ne cite pas les infirmiers dans la composition du conseil d'administration alors qu'ils sont les chevilles ouvrières de l'hôpital. Ils sont à la base de toutes les activités dans les services comme l'ordonnancement des dossiers, l'élaboration des rapports d'activités, la tenue des effectifs, la coordination des soins. Ce mérite a été félicité en 2002 par le Ministre de la santé. Ils reprochent aux gestionnaires et aux administrateurs de ne pas se préoccuper de nos problèmes de fonds.....beaucoup de services manquent de personnel infirmier (urgence, chirurgie, gynécologie....etc.). Les salles de soins manquent le minimum d'équipements. Parfois, les médecins appellent les étudiants de médecine à les accompagner pour les soins infirmiers et dans le bloc face au flux massif des malades. Les gens discutent plus de l'informatisation du bureau de l'administration, le recrutement du personnel d'appui comme les secrétaires, les chauffeurs... Les administrateurs sont engagés à n'appliquer que les décisions qui les arrangent... Le personnel infirmier est très déçu par la conduite de la réforme qui ne semble pas satisfaire les espoirs qu'ils ont nourris au lancement du projet de réforme... Ils en parlent tout le temps.....» (Inf3SyndicHopX).

#### *Buts visés par les acteurs*

Pour compenser certaines dépenses imprévues non couvertes par le budget ordinaire de l'hôpital comme le paiement des primes de garde et des primes de risque et la gestion de certaines charges de fonctionnement, le directeur général faisait face au refus du Ministre de la santé pour autoriser une augmentation des tarifs de prestation de soins. La priorité des gestionnaires était d'assurer la performance financière de l'établissement et ce malgré les contraintes imposées par la tutelle. Cette centralité dans le processus de prise de décision stratégique traduisait une opposition entre les trois centres décisionnels à savoir le conseil

d'administration et le Ministre de la santé et dans une moindre mesure la direction générale de l'établissement.

« .....Le conseil d'administration (CA) a accepté d'augmenter les frais de consultation à 2000 FCFA, ça été entériné par le CA mais le Ministre a dit non... Et puis je me demande comment le Ministre de la santé va à l'encontre de la décision du CA, c'est difficile. Les nouveaux organes d'administration et de gestion, le CA, je ne les apprécie pas du point de vue de leur fonctionnement. Certaines primes spéciales étaient prévues pour les médecins, à ma grande surprise la décision a été rejetée par le Ministre de la santé. Il pense que c'est une mesure impopulaire, et depuis on n'entend plus parler de ces primes..... » (DsHopX).

Le recours des gestionnaires aux organes consultatifs (le comité de gestion étant supprimé) comme la commission médicale d'établissement (CME) et la commission des soins infirmiers et obstétricaux (CSIO) créées par l'article 69 de la loi hospitalière avait pour but de maintenir le dialogue entre les sphères cliniques et administratives. Ce nouvel ordre structurel censé prévenir certains conflits éventuels en amont et permettre à l'ensemble des acteurs de s'accorder sur les priorités de l'hôpital avant la tenue des sessions statutaires du conseil pouvait difficilement s'imposer aux concernés. L'influence des forces institutionnelles est mise en évidence. Le personnel applique les normes lorsque celles-ci ont été construites suivant une dynamique collective comme le cas du règlement intérieur adopté au sein du comité de gestion. Les propos tenus lors d'une réunion de direction d'avril en 2009 et par le directeur des soins (DsHopX) illustrent les buts visés par ce groupe d'acteurs.

« Le comité de gestion regroupait tous les représentants de tous les services de spécialité et la direction générale. La suppression du comité de gestion était rejetée par les syndicats et les gestionnaires qui estimaient qu'il avait une grande importance. Les gens discutaient chaudement parfois mais on finissait par trouver des ententes... Hélas ce cadre a disparu. Par exemple, lors d'une réunion du comité de gestion on était parvenu à un accord sur l'adoption d'un règlement intérieur de l'hôpital et les modalités de son application. Cela a pris des vas et viens mais finalement un document consensuel est sorti pour satisfaire tout le monde. Ce document a été par la suite soumis à l'approbation du conseil d'administration. Un tour dans les services de spécialité permet de savoir que l'essentiel des agents ont bien accueillie le contenu du règlement intérieur et dorénavant ils font attention à ses prescriptions à travers leur façon de se comporter... Le règlement intérieur est affiché partout, grâce au climat de dialogue qui prévalait au sein du comité de gestion les syndicats ont accepté d'effectuer auprès des professionnels de santé un

important travail d'information et de sensibilisation à son contenu » (RDir1HopX, avril 2009).

« .....Pour la mise en place des organes d'administration et de gestion, l'état a légiféré mais ce n'était pas évident de les faire accepter par les acteurs internes hospitaliers et donc de les mettre sur place. Au niveau du comité de direction, on invite parfois les chefs de service. C'est une forme d'adaptation des textes par la direction de l'hôpital afin d'élargir le comité de direction. Le comité de soins regroupe tous les chefs d'unité et deux élus techniciens de santé. L'existence du poste de directeur médical (Ds) n'est pas prévue par la loi hospitalière, ce qui pousse les praticiens à envisager sa suppression. Les professionnels de santé n'apprécient pas la composition du conseil d'administration notamment les syndicats qui s'estiment absents dans sa composition. Elle prévoit uniquement un représentant des travailleurs qui n'est pas nécessairement un syndicaliste alors qu'il existe au moins trois syndicats des travailleurs à savoir le syndicat national de la santé, le syndicat du renouveau socio-sanitaire, le syndicat autonome des cadres médicaux..... » (DsHopX).

Il existait très souvent un antagonisme de but et d'intérêt entre les médecins et les infirmiers. Le but des médecins était de consolider leur position de domination dans les services de spécialité tandis que les infirmiers cherchaient à assumer plus de responsabilité le long de la ligne de soins. La structure hiérarchique de l'hôpital c'est à la dire la direction générale ne pouvait ajuster les positions des acteurs car la sphère clinique était restée sous un contrôle important des médecins comme l'illustre les propos d'un médecin et d'un infirmier ci-dessous.

« Les syndicats sont exclus du CA car l'on dit juste un représentant des travailleurs. Par exemple, il y a trop de directeurs, revoir les fonctions du directeur technique et la composition du CA car les syndicats sont absents. Tel que c'est on est écarté et cela ne fait pas le bien de l'hôpital. Le CA est dorénavant présidé par une autre personne qui n'est pas le ministre de la santé. Il y'a eu des commissions créées qui ont changé l'organigramme de l'hôpital notamment la CME, la CSIO, le CTHS... les syndicats. La création de ces comités et commissions devait permettre l'implication du maximum des médecins à la gestion et a la recherche de solutions aux problèmes de l'hôpital... Il y a une réunion de la CME demain on doit se plancher sur l'affectation des nouveaux bâtiments. La CME, elle est réduite à un simple spectateur comme nous autre ce qui ne nous incite pas à nous engager plus. Les choses auraient mieux marché,... Vraiment nous déplorons la léthargie des organes d'administration et de gestion tel que la CME qui dort, elle ne fait pas valoir sa place à l'hôpital. Il y'a un comité de soins infirmiers mais qui n'est pas écouté, ils ne sont pas fonctionnel, chacun gère comme il peut » (Med3RespSyndicHopX).

« J'estime que toutes les commissions exigées par la loi ont été mise en place, c'est leur fonctionnement qui n'est pas bien vu, certaines sont inexistantes. La commission des soins infirmiers a beaucoup travaillé, pareil pour la commission d'hygiène... le dossier de soins infirmiers qui comprend la démarche de soins, la commission des soins. Il n'est pas appliqué à présent car au niveau des services tests les médecins-chefs ne l'ont pas entériné. Les nouveaux organes d'administration et de gestion, le CA, je ne les apprécie pas du point de vue de leur fonctionnement » (Inf1ChefHopX).

### *Ressources disponibles*

Les gestionnaires représentent le Ministre de la santé lors des sessions du conseil d'administration de l'hôpital et traduisent sa vision au sein de l'hôpital. De fait, ils s'appuyaient sur un certain nombre de ressources tels que (1) l'exercice de la responsabilité déconcentrée des pouvoirs du Ministre de la santé, (2) ce dernier nommait la majorité d'entre eux (3/5) avec parfois une lettre de mission qui définit l'étendue de leur compétence et le contrôle de l'information stratégique pertinente lié à leur présence au sein du conseil d'administration.

« Le directeur général et son adjoint représentent cumulativement à leur fonction le Ministre de la santé dans le conseil. La recomposition du conseil est prévue par la loi hospitalière, des lors elle s'impose à tous. Le directeur général est tenu de veiller à son application comme le rappelle le Segal du Ministre de la santé lors des réunions de cabinet au Ministère de la santé. Il a été instruit par exemple que le directeur général parvienne à régler la mobilité des médecins à l'hôpital... Plusieurs rapports d'évaluation et d'inspection ont indiqué que les malades éprouvent d'énormes difficultés pour rencontrer les médecins, ils seraient très souvent absents de leur poste de travail.....» (DgaHopX).

La discontinuité dans la prestation des soins est rapportée par plusieurs rapports d'évaluation et d'inspection durant les cinq années qui ont précédées la réforme de 2002 et illustrée par les propos du directeur des soins (DsHopX) et d'un médecin ci-dessus. Elle s'expliquerait par la difficulté d'imposer un contrôle sur les professionnels et leur profession. Toute formalisation du travail professionnel faisait face au pouvoir important détenu par les médecins lié à leurs décisions cliniques individuelles qui déterminent les choix stratégiques dominants dans le domaine clinique et au fait que la majorité des administrateurs du conseil n'étaient pas du tout sensibilisés aux enjeux d'un tel contrôle.

« .....Un jour lors d'une visite inopinée dans les services de spécialité, le directeur général adjoint a dû intervenir au niveau du service de médecine générale

pour qu'on s'occupe d'un malade chronique qui traînait dans le couloir pendant des heures. Il attendait la visite médicale et des soins. Malgré la sensibilisation et les mises en garde répétées lors des réunions avec les professionnels, il n'y a eu aucun effet. Lors des sessions du conseil, le directeur général parvenait parfois à convaincre les administrateurs pour faire adopter des mesures fortes afin d'encadrer la pratique professionnelle. Le président du conseil d'administration affirmait lors des sessions du conseil que son objectif primordial était d'arriver au maintien d'un climat de quiétude et de paix sociale au sein de l'hôpital. Par conséquent, il se méfiait des décisions susceptibles de faire des mécontents parmi le personnel..... » (DsHopX).

« .....Loi hospitalière : oui, je n'ai pas été associé à son élaboration à l'époque, j'étais dans les pavillons donc loin de ces aspects. Les gens se sont pas appropriés la loi, il y'a un déficit d'information autour de la loi. Les gens ne font que subir. La loi hospitalière a été conçue par le ministère de la santé sans l'implication des acteurs, sa mise en œuvre va souffrir. C'est B (un consultant expatrié) qui a tout piloté, nous ne nous sentons pas concernés. On a été associé en tant que ordre professionnel des médecins. Les textes ne nous sommes pas familiers. Aussi, de façon traditionnelle on s'occupe surtout de nos malades et de nos affaires. Vraiment, j'ai envie de te dire que la loi hospitalière ne répond pas bien à mes besoins. Je ne me retrouve pas là-dedans. Je n'ai pas été associé à son élaboration..... » (Med7HopX).

### *Les enjeux et les zones d'incertitude*

Le Ministre de la santé recherchait une structure plus fonctionnelle par la recombinaison du conseil d'administration. Selon les gestionnaires, les enjeux liés à son absence de sa composition étaient que (1) la prise de décision stratégique se trouverait rallonger inutilement avec un retard dans la célérité de traitement des dossiers soumis à son approbation; (2) la perte des possibilités de dialogue ou d'interaction directe que l'administration hospitalière entretenait avec le personnel de l'hôpital avant la suppression du comité de gestion; et (3) ils pouvaient se mettre à l'abri des oppositions traditionnelles qu'ils rencontraient lorsque les médecins et les infirmiers étaient massivement présents dans le conseil.

L'incapacité technique des administrateurs à examiner en profondeur les résultats de l'hôpital semblait doter potentiellement les gestionnaires de pouvoir plus important lors des négociations avec ces derniers. La présentation du rapport administratif faisait moins l'objet de discussion que les résultats des activités cliniques qui engageaient directement la responsabilité des professionnels de santé comme le cas du taux de mortalité hospitalière

jugé anormalement élevé en 2002 d'après des extraits de rapports du conseil rappelé par deux questionnaires ci-dessous.

« Le taux de mortalité hospitalières a augmenté de façon significative ces dernières années (autour de 14%). Depuis 2000 jusqu'en 2002, malgré les contestations des médecins, une réalité est qu'il y'a des problèmes quant à la qualité des soins. L'utilisateur de l'hôpital souffre énormément par notre faute. Nous sommes tenu de relever les défis de l'excellence et ce malgré la désapprobation de certains résultats contenus dans les différents rapports d'activités. La direction générale est en conflit ouvert avec les représentants des professionnels... Ces derniers contestent parfois lors de la présentation des résultats en plénière... Les discussions houleuses autour des chiffres ont eu des effets et semblent entrainer avec le temps une prise de conscience générale face à la situation » (Revue des rapports des conseils d'administration<sup>8</sup> de 2000 à 2002) ». Confirmé par DsHopX.

Il existait une incompatibilité du nouveau processus de normalisation de la pratique clinique avec le processus connu et légitimé par les médecins. Vu que le rapport d'activités de l'hôpital est une compilation des rapports des services, les médecins parvenaient à mettre parfois le directeur général en difficulté en conditionnant le dépôt des dits rapports à un accès plus important à l'information financière comme le cas du blocus effectué en 2003 sur les rapports de service.

« .....Il est arrivé parfois que les médecins manifestent leur opposition à des décisions issues des délibérations du conseil d'administration... Pour eux, ils étaient mis devant les faits accomplis. Par exemple, face à la décision du conseil d'imposer des jours et des nombres de consultations mensuelles aux médecins, ils ont boudé... Certains sont allés plus loin en refusant en 2003 de fournir leurs rapports de services qui étaient pourtant fortement attendus dans le cadre de leur compilation pour le conseil d'administration. Les médecins apprenaient beaucoup à travers des rumeurs... Comme par exemple l'information à propos de la coupure des primes pour les médecins enseignants. Il y'a un grand déficit de communication vers les médecins » (Med6HopX).

L'absence des professionnels de santé de la composition du conseil explique selon la majorité d'entre eux (6/7 médecins, 5/7 infirmiers) l'accès limité aux ressources cliniques (matériels de soins, renforcement de l'effectif infirmier etc.). Privés de l'information stratégique pertinente, ils ne pouvaient faire contrepoids à la décision des administrateurs

---

<sup>8</sup>Hôpital X. (2000). Rapport du conseil d'administration. Session de février. 87. Hôpital X. (2002). Rapport du conseil d'administration. Session de Novembre. 55

lors des sessions statutaires du conseil. Il s'agit là d'une conséquence de leur perte de représentativité qui est un enjeu central lié à la nouvelle composition du conseil d'administration.

« .....Il y'a suffisamment d'insuffisances qui doivent être corrigées dans cette loi. D'abord des insuffisances d'ordre institutionnel comme la composition actuelle du conseil qui est une erreur... Beaucoup de demandes des services de spécialité en matériels de soins et même les augmentations de primes qui ont été adressées au conseil d'administration... Nous n'avons pas eu d'échos favorables. On a l'impression que ce n'est pas un souci majeur pour les administrateurs qui ne connaissent pas en réalité les vrais problèmes de l'hôpital. Ce sont des élus locaux..... » (Med6HopX).

« .....Par exemple face à la décision du conseil d'imposer des jours et des nombres de consultations mensuelles aux médecins, il a fallu que l'on boude...C'est comme si l'administration nous ignore. Écoutez ici les médecins apprennent presque tout à travers des rumeurs... comme par exemple l'information à propos de la coupure des primes pour les médecins enseignants. Il y'a un grand déficit de communication vers les médecins...» (RProf1MedHopX, mars 2010).

« .....On reproche aux gestionnaires et aux administrateurs de ne pas se préoccuper de nos problèmes de fonds comme par exemple le cas du renforcement des effectifs en personnel infirmier, l'attribution de rôle formel aux infirmiers dans les équipes médicales, l'amélioration de leur cadre du travail. Ils seraient engagés à appliquer que les décisions qui les arrangent et qui sont susceptible de ne pas susciter des mécontentements auprès du personnel. Le personnel infirmier est majoritairement déçu par la conduite de la réforme qui ne semble pas satisfaire les espoirs qu'ils ont nourris au lancement du projet de réforme.....» (Inf3SyndicHopX).

Globalement, les changements intervenus dans la composition du conseil et la suppression du comité de gestion allaient à l'encontre des opinions émises par la majorité des acteurs comme cela a été rappelé dans les paragraphes précédents. Cependant, les gestionnaires étaient tenus de conduire les réformes en cours. Cette centralité est associée au souci de performance de l'organisation face aux autorités (imputabilité).

### *Stratégies et règles de jeu*

Les projets stratégiques des gestionnaires devraient s'aligner aux changements apportés par la loi hospitalière. En 2005, le directeur général a mis sur place une structure simple composée de certains membres des syndicats et des gestionnaires (3/5). Elle servait de relais entre les différents niveaux de la structure formelle de l'hôpital à savoir la direction



générale, la ligne hiérarchique et les opérateurs dans les services de spécialité. Ils appliquent les nouvelles mesures par souci de performance (accès aux subventions de l'état et des partenaires au développement) et par obligation (crainte de sanction de la tutelle et maintien d'un climat apaisé au sein de l'établissement).

« .....Il y a des réunions régulières ou ponctuelles selon la situation. On était amené à revoir la composition du comité de direction qui était trop restrictif. On a finalement retenu la composition de l'ancien comité de gestion. Chaque organe fonctionne comme il le juge utile indépendamment de la loi hospitalière. Cela fait la preuve de l'engagement du personnel à rehausser les activités de l'hôpital. Chaque fois que la commission commence à travailler les recettes montent considérablement. Tout le monde est impliqué et chacun est libre de dire ce qu'il veut, c'est la démocratie..... » (DgHopX).

Les médecins ne sont pas accessibles par les moyens mobilisés par le cadre structurel formel de l'organisation. Ce qui réduit la capacité d'aligner leur vision à celle de la loi malgré les ajustements apportés comme l'élargissement du comité de direction sous une forme semblable à l'ancien comité de gestion (cf propos DsHopX ci-dessus). Les infirmiers adhèrent plus facilement aux nouveaux mécanismes structurels mis en place. Ils sont familiers avec l'approche de gestion administrative défendue par la direction générale qu'avec le processus connu et légitimé par les médecins c'est-à-dire la régulation médicale reliée à l'ordre professionnel. Ils ressentent faiblement l'impact d'une régulation externe comme la nouvelle composition du conseil.

**Tableau 9 : Analyse stratégique du changement des rôles des acteurs dans la définition des orientations stratégiques de l'hôpital X**

	Gestionnaires	Médecins	Infirmiers
<b>Problème</b>	<p>Forte centralisation des décisions auprès du Ministre de la santé (lourdeur administrative et pouvoir absolu du Ministre de la santé).</p> <p>Rôle figuratif du conseil dans la prise de décision stratégique (Immobilisme du CA, Approbation finale des R par le MS; Présence presque exclusive des élus locaux, 80% du CA).</p> <p>Coupures budgétaires du Ministère de la Santé.</p> <p>Refus d'augmentation des tarifs de soins.</p> <p>Incapacité à donner un soutien matériel au travail clinique.</p> <p>Faible capacité d'encadrement de la pratique médicale (non respect de l'autorité de l'administration au niveau clinique)</p> <p>La discontinuité dans la prestation des soins à l'hôpital</p> <p>La double pratique illégale hôpital – clinique privée.</p>	<p>Régulation externe imposée par la nouvelle configuration structurelle du conseil.</p> <p>Rôle marginal des médecins dans la prise de décision stratégique (Quasi-absence de la composition du conseil d'administration).</p> <p>Faible possibilité d'interaction et de négociation des ressources avec les gestionnaires et les administrateurs du conseil (accès limité aux ressources cliniques).</p> <p>Rationalisation de la pratique (application de quota d'actes pour les médecins).</p>	<p>Retrait du conseil (absence de la prise de décision stratégique; revirement du Ministre de la santé).</p> <p>Traitement sélectif des problèmes soumis au conseil (désintérêt des gestionnaires et des administrateurs du conseil pour l'examen des problèmes spécifiques aux infirmiers).</p> <p>Pénurie des effectifs en personnel infirmier (conflits de compétences entre étudiants de médecine faisant office d'infirmiers et infirmiers attirés).</p> <p>Faible participation dans la composition des équipes professionnelles.</p>
<b>Buts</b>	<p>Assurer la performance de l'établissement et effectuer un contrôle important sur les grandes décisions de l'hôpital</p> <p>Contrôle du budget (disponibilité des ressources et gestion déléguée).</p> <p>Régulation du temps de pratique clinique des médecins (encadrement de la double pratique; formalisation du travail professionnel par les règlements (règlement intérieur).</p> <p>Maintenir le dialogue avec la sphère clinique / gestion des conflits (maintien de la cohérence des buts des Médecins et infirmiers avec les buts organisationnels).</p>	<p>Consolider leur position de domination dans les services de spécialité (contrôle de la pratique clinique).</p> <p>Exercer un plus grand contrôle sur les décisions médico-administratives au sein des services de spécialité (gestion des budgets affectés, composition des équipes professionnelles).</p>	<p>Assumer plus de responsabilité le long de la ligne de soins, présence dans les équipes professionnelles).</p>
<b>Ressources</b>	<p>Détention de l'information stratégique pertinente (présence et discussion au CA)</p> <p>Les prérogatives de la fonction déconcentrée du Ministre de la Santé (ordonnateur délégué du budget par la Tutelle).</p> <p>Les prescriptions de la loi hospitalière (art 68-73 relatifs aux fonctions du DG/DGA qui les responsabilisent quant à l'organisation et au fonctionnement des services de spécialité).</p>	<p>Contrôle sur la pratique médicale (prise décision lors des interventions médicales, responsable de la composition des équipes professionnelles).</p>	<p>Contribution majeure au développement des activités des services (réalisation des tâches médico-administratives : tenue des effectifs, ordonnancement des dossiers médicaux, élaboration des rapports de service, coordination des soins infirmiers).</p>

	<b>Gestionnaires</b>	<b>Médecins</b>	<b>Infirmiers</b>
<b>Enjeux</b>	<p>Renforcement du pouvoir sur la prise de décision stratégique (absence de contestation et de critiques sur le RA lors des sessions du CA; renforcement du pouvoir informationnel / discussion du budget avec les administrateurs du CA).</p> <p>Perte d'autorité auprès des cliniciens (Rallongement des délais de la prise de décision avec le départ du Ministre de la présidence du CA, approbation finale des décisions du CA par la tutelle du Ministère de la santé).</p> <p>Perte des possibilités de dialogue ou d'interaction directe avec le personnel (suppression du comité de gestion) pour s'accorder sur les priorités et prévenir les conflits.</p>	<p>Perte de représentativité pour l'orientation stratégique de l'établissement CA (retrait du CA, ne pouvaient plus faire contrepoids à la décision des administrateurs lors des sessions statutaires du conseil accès limité aux ressources cliniques : matériels de soins, budgets, etc.).</p> <p>Perte du contrôle dans la gestion stratégique des services de spécialité (accès à l'information stratégique; non prise en compte des préoccupations des médecins).</p>	<p>Perte de représentativité pour l'orientation stratégique de l'établissement CA (retrait du CA, ne pouvaient plus faire contrepoids à la décision des administrateurs lors des sessions statutaires du conseil, risque de non prise en compte des problèmes spécifiques de la profession).</p>
<b>Stratégies</b>	<p>Développement d'un modèle de gestion encadré par un souci d'imputabilité face aux autorités et en phase avec les directives de la tutelle (favorable au retrait des professionnels de santé du CA / recherche d'une alternative d'interaction avec les médecins et les infirmiers : élargissement sporadique du comité de direction aux professionnels).</p>	<p>Recherche d'une implication administrative forte dans l'hôpital (rôle formel dans la prise de décision).</p>	<p>Recherche d'une plus forte autonomie professionnelle et renforcement de l'effectif en personnel infirmier.</p>

**Tableau 10 : Analyse systémique du changement des rôles des acteurs dans la définition des orientations stratégiques de l'hôpital X**

	Gestionnaires	Médecins	Infirmiers
<b>Zones d'incertitude</b>	<p>Il y a une incompatibilité du nouveau processus de normalisation de la pratique clinique avec le processus connu et légitimé par les médecins. Vu que le rapport d'activités de l'hôpital est une compilation des rapports des services, les médecins parvenaient à mettre le directeur général en difficulté en conditionnant le dépôt des dits rapports à un accès plus directe à l'information financière comme le cas du <u>blocus effectué en 2003</u> sur les rapports de service.</p> <p>« .....Il est arrivé parfois que les médecins manifestent leur opposition à des décisions issues des délibérations du conseil d'administration.....pour eux ils étaient mis devant les faits accomplis. Par exemple face à la décision du conseil d'imposer des jours et des nombres de consultations mensuelles aux médecins, ils ont boudé.....Certains sont allés plus loin en refusant en 2003 de fournir leurs rapports de services qui étaient pourtant fortement attendus dans le cadre de leur compilation pour le conseil d'administration. Les médecins apprenaient beaucoup à travers des rumeurs..... comme par exemple l'information a propos de la coupure des primes pour les médecins-enseignants. Il y'a un grand déficit de communication vers les médecins ». Med1HopX</p>		
<b>Règles du jeu</b>	<p>Régulation externe imposée : Loi hospitalière articles 57-67 (fixe les exigences et la nouvelle composition du conseil d'administration)</p> <p>Modalités de fonctionnement du CA qui procède par traitement sélectif des dossiers selon la disponibilité des ressources.</p> <p>Suppression du comité de gestion.</p> <p>Formalisation du travail professionnel (adoption du règlement intérieur, élaboration du cadre organique et d'l organigramme).</p> <p>Normalisation de la pratique clinique (Nombre d'actes mensuels par médecin, consultations, hospitalisations, interventions chirurgicales etc.).</p>		
<b>Relations entre les acteurs</b>	<p>Négociation directe avec les administrateurs / soucis de performance face aux autorités (lettre de mission de la tutelle).</p> <p>Appui sur le relais des syndicats pour impliquer les professionnels de santé dans la gestion (mise en place d'une structure simple composée de certains membres des syndicats et des gestionnaires (3/5), 2005)</p>	<p>Alliance entre médecins / indifférence face aux infirmiers; Méfiance face aux gestionnaires.</p>	<p>Cohésion de groupe (disponibilité et engagement à collaborer avec les gestionnaires) / Subordination aux médecins.</p>

#### ***4.2.1.2 Le développement de nouveaux mécanismes de gestion des services médicaux***

##### *Définition du problème*

Avant 2002, plusieurs rapports d'inspection ont critiqué le mauvais fonctionnement des services de spécialité qui ne parvenaient plus à offrir des soins de qualité aux patients (Cf, Quatre rapports annuels 2003/2005 d'inspection). L'essentiel des rapports (3/4) évoquait une confusion dans les rôles des acteurs au point qu'on ne savait pas exactement qui faisait quoi dans les services de spécialité et que les responsabilités administratives n'étaient pas claires entre la direction générale et les services de spécialité.

Ce constat a été repris lors des réunions de direction (Cf, extraits 5/7 rapports de direction 2003<sup>1</sup>/2006<sup>2</sup>) par la majorité des gestionnaires (4/5) qui ont souhaité la réforme du mode de fonctionnement des services de spécialité pour au moins deux raisons : sur le plan administratif, (1) le suivi du budget et de l'utilisation des ressources au niveau des services seraient devenus délicats à partir de la direction générale; (2) il existait une confusion totale dans l'exécution des tâches dans les services de spécialité particulièrement les activités médico-administratives comme l'évaluation du rendement des professionnels, l'ordonnancement des dossiers médicaux, la gestion des ressources matérielles etc. Ces tâches étaient parfois effectuées par les infirmiers et ou les médecins ou n'étaient tout simplement sous aucune responsabilité.

« Depuis la prise de fonction du directeur général et de son adjoint en 2003, rien ne semblait clair en ce qui concerne le fonctionnement des services de spécialité. Par exemple, personne ne savait exactement qui s'occupe de la tenue des effectifs, de l'ordonnancement des dossiers, l'évaluation du rendement des professionnels, et la gestion du matériel technique etc. Des cas de perte de matériels de soins ont été rapportés. Pour la remontée des informations des services vers la direction générale, le surveillant général rappelle soit le chef d'unité ou les médecins-chefs, parfois il est obligé lui-même de faire le tour des services pour collecter les informations sur le nombre de malades hospitalisés, consultés, l'utilisation faite du matériel de soins etc. En fait, les gestionnaires sont très loin des soins et les professionnels de santé n'aident pas trop non plus....., par exemple, les médecins font la main basse sur tout ». (RDir2HopX, avril 2010).

---

<sup>1</sup>Comité de direction. (2003). Procès verbal du comité de direction de l'hôpital X. 18.

<sup>2</sup>Comité de direction. (2006). Procès verbal du comité de direction de l'hôpital X. 22.

Lors de l'élaboration du projet d'établissement de l'hôpital pour les années 2002/2007, il fut convenu de revoir le mode de gestion des services de spécialité. Une grande démarche de réflexion, de consultation et d'analyse fut entreprise à cet effet. En juin 2002, un plan d'organisation des services a été proposé au directeur général et aux médecins-chefs. Ils étaient invités à juger avec leurs collègues des effets éventuels sur le fonctionnement de leurs services et proposer des ajustements nécessaires. Six mois après quelques modifications mineures, finalement un rapport définitif a été déposé en fin 2002. Il prévoyait le développement de nouveaux mécanismes de gestion des services de spécialité. En effet, les services devenaient responsables de la gestion des ressources déléguées par le directeur général, des activités tant sur le plan administratif que clinique. Il était prévu que les médecins-chefs soient nommés à nouveau en précisant leurs nouvelles tâches c'est à dire l'exécution du budget délégué, l'évaluation du rendement du personnel, la gestion des ressources opérationnelles, et l'exécution d'autres tâches médico-administratives.

La faible réceptivité des médecins aux changements structurels intervenus dans leur service s'explique pour beaucoup d'entre eux (5/7) par la position administrative subordonnée de leurs services par rapport à la direction générale (centralisation des décisions). L'intervention du directeur général dans la sphère clinique était assimilée à une tentative de rationalisation de leur pratique tandis que le problème pour d'autres médecins (2/7) était que l'exercice d'une responsabilité en gestion les éloignerait des soins.

« Comme d'habitude, il est 6 heures du matin ce mardi. Le Professeur BD et son équipe sont déjà sur pied au niveau de la gynécologie. C'est la même chose au service de cardiologie, de médecine générale et en urologie. Ces chefs de service n'ont jamais accepté s'impliquer dans la gestion administrative de la direction générale de l'hôpital. À chaque staff dans les services, les gens rappellent que le DG de l'Hôpital et son Adjoint sont les responsables de la gestion. Ils font des critiques. Par exemple, le service de gynécologie a exprimé son besoin annuel en kits de césarienne depuis le début de l'année, ceci est resté sans suite. Pendant ce temps, le nouveau bloc opératoire qui a été construit par l'État depuis septembre dernier à des coups de millions de francs CFA n'a réceptionné aucun matériel de soins...». (Med3RespSyndicHopX).

Le personnel infirmier dans sa grande majorité a bien apprécié les nouveaux mécanismes de gestion mis en place dans les services de spécialité. En l'absence règle formelle de partage des responsabilités, l'essentiel des tâches administratives était exécuté par les infirmiers-chefs d'unité (3/7) parfois sous le contrôle des médecins. Il s'agit de l'élaboration des rapports d'activités, de l'évaluation du rendement du personnel infirmier, et de la coordination des activités cliniques. Le reste du personnel infirmier (4/7) était rompu aux soins au niveau des lits. Le problème à l'application de la nouvelle politique concerne l'absence de rôle formel attribué aux infirmiers. Ils ne pouvaient prendre certaines initiatives clés. C'est une conséquence de la bureaucratisation de l'hôpital où prime le pouvoir de la compétence, l'administration hospitalière ne pouvait imposer une reconnaissance de leur rôle.

« Par exemple au service de radiologie, il y'a actuellement de nouveaux équipements (scanners, écho, radio numérique et conventionnelle) qui devront être gérés par le chef d'unité. Il y'a en plus la gestion des bons de commande pour les intrants de radio, la gestion des grandes affluences. Pour mieux assumer ces fonctions, certains infirmiers ont eu droit à des formations continues sur certains modules comme la lutte contre les infections nosocomiales, la gestion des déchets biomédicaux, la prévention du Sida, l'élaboration du plan de soins infirmiers et la communication en milieu de soins » (Inf5ChefHopX).

« Le médecin est toujours le chef dans les équipes professionnelles et rien n'a changé par rapport à cela. Ce sont les rapports de supérieurs et de subordonnés qui prévalent dans les services comme avant la réforme de 2002. Certains infirmiers respectent les médecins comme tels tandis que d'autres deviennent rebelles. Ce qui se traduit parfois par des rapports difficiles et conflictuels. Les nouveaux modes de gestion des services ont été discutés uniquement avec les médecins qui ont informé par la suite les infirmiers » (Inf1ChefHopX).

### *Buts, ressources et enjeux*

L'attribution de responsabilités formelles aux chefs de services de spécialité et l'assignation de ressources à leur niveau décidé par le Ministre de la santé en janvier 2002 visait à rendre les services de spécialité autonomes. Le but du directeur général était d'assurer la gestion rationnelle des ressources au niveau clinique et de rendre imputable les chefs de service de leur utilisation. Par souci de performance de l'organisation, certaines initiatives clés ont été prises comme la formation en responsabilité médicale pour les médecins-chefs et leur notification de l'enveloppe budgétaire consacrée à l'achat des équipements médico-techniques.

« ...Les charges de fonctionnement augmentent de façon exponentielle (je veux parler des dépenses dans les consommables de soins tels que les petits matériels de soins, les films d'imageries). Pour aller à cela, le directeur général à envisagé en ce qui concerne l'achat des équipements médico-techniques, que l'enveloppe consacrée aux achats soit notifié aux médecins-chefs. Ils vont préciser leurs besoins essentiels et réalistes qui sont soutenables par l'hôpital. Une fois les besoins exprimés, la direction générale fait l'évaluation financière et procède de concert avec les médecins-chefs à la priorisation » (DgaHopX).

Le suivi de toutes les interventions mises en place dans l'organisation pour améliorer le fonctionnement des services de spécialité est piloté par le comité ad hoc (créé en 2003 composé de trois gestionnaires (DsHop, DgaHop, SgHop), d'un médecin et d'un infirmier (représentants les syndicats) et soutenu par la direction générale. L'impact positif de la lettre de mission adressé aux médecins-chefs et du travail du comité ad hoc sur les rapports de coopération qu'entretiennent les services de spécialité et la direction générale semblait prématurément compromis. Leur influence a été difficile par le caractère contraignant de la démarche et le manque de leadership du consultant en charge du pilotage.

« Au départ, les médecins et les infirmiers ont apprécié la création du comité ad hoc. Ils avaient espoir que ça allait aider à réfléchir sur la bonne façon de gérer dorénavant leurs services. Par la suite, les médecins étaient mécontents, pour eux le consultant B imposait son point de vue (comme le choix des thèmes de réunions, la durée, etc.) soutenu à l'époque par le directeur général adjoint. Pour lui, la définition des tâches des professionnels devraient passer par un contrat d'objectif et de moyens qui vont dorénavant lier les professionnels dans les services à la direction générale de l'établissement... C'était un moyen de savoir qui produit quoi et à partir de quelle ressource » (MedRespSyndicHopX).

« Les médecins n'ont pas rejeté en bloc les réformes dans les services, ils se sont tout simplement plaints de la gestion verticale du directeur général. Ce dernier discute uniquement avec les médecins-chefs qui à leur tour décident sans consulter les autres professionnels. En 2006, le directeur général a donné une lettre de mission à tous les médecins-chefs avec des objectifs à atteindre. Il n'y'avait pas eu de rencontre préalable entre lui et les professionnels pour partager le contenu de cette lettre. Certains médecins n'ont pas bien apprécié cette façon de faire du directeur général. Si les professionnels de santé en majorité approuvent la réforme, par contre ils refusent qu'on les impose des choses. Ils ont l'impression que l'on recule car la direction générale semble renouer avec ses anciennes pratiques c'est-à-dire décider toujours seule sans consulter les autres » (Med2HopX).



Malgré la subtilité de l'équipe de direction à appréhender au mieux les inquiétudes des différents groupes d'acteurs, les médecins se posaient beaucoup de questions sur l'issue du changement dans la structure de leur service, leurs rôles avant la réforme et après n'était pas claire. Face à l'incertitude et le manque de confiance aux normes organisationnelles valorisées par la direction générale, leur but était de maintenir les anciens modes d'organisation de leurs services et de protéger leur autonomie de pratique.

« La mise en place d'une telle réforme des services de spécialité bouscule les habitudes. Les gens disent qu'ils sont inquiets car ne sachant pas comment les choses vont évoluer. Il y'a trop de non dits. Parmi le personnel, il y'a ceux qui voient clairement que leur intérêt est menacé, ceux-ci vont essayer de saboter la réforme. Par contre, d'autres vont accompagner le processus s'ils estiment que la réforme les reconforte dans leur position. Les gens se posent beaucoup de questions sur ce que la direction générale leur réserve dans le processus de changement. Il y'a des conflits d'intérêt dans les services de spécialité, chacun essaye de sauvegarder ses propres intérêts » (DgaHopX).

La principale ressource sur laquelle les gestionnaires s'appuient pour la mise en place d'un mécanisme de contrôle interne des services et la maîtrise des logiques de production propres aux médecins et aux infirmiers et la mesure de l'ampleur des ressources consacrées aux services a été le soutien des infirmiers-chefs d'unité. Ils assurent l'exécution des tâches médico-administratives et la remontée de l'information vers la direction générale de l'établissement. Ils pouvaient s'appuyer sur ce contrôle d'une bonne partie de l'information interne des services. Au niveau des stratégies des infirmiers, leur engagement à l'exécution des activités de gestion, la formation des chefs d'unités en gestion et l'alignement de leur vision à celle de la direction générale semblaient influencer positivement les transformations structurelles des services. Cette conformité a été obtenue grâce à une vaste campagne de sensibilisation conduite par un cadre de la direction générale (le surveillant général, SgHopX).

« Les rapports interprofessionnels n'ont pas beaucoup changé, dans les équipes il y'a toujours les médecins qui sont les décideurs et les infirmiers les exécutants. Avant la réforme, les étudiants allaient vers les infirmiers pour des besoins d'information et leur encadrement dans les soins infirmiers. Actuellement, ceux-ci préfèrent aller directement vers les médecins et les résidents. Les problèmes du service comme les conflits interpersonnels ou les besoins en matériels de soins sont toujours référés au médecin-chef qui peut saisir le syndicat ou le rapporter à la direction générale » (Infir1HopX).

« Il n'y'a pas de changement dans les rôles qui soient notoires pour les infirmiers. Ils essayent quand même de s'adapter au nouveau contexte de la réforme. Certains chefs d'unités ont vu leurs fonctions renforcées, en plus de la supervision des activités du service, ils gèrent les stocks de consommables, le matériel de soins et élaborent les rapports d'activité..... » (Infir5ChefHopX).

*Stratégies, zones d'incertitude et règles de jeu*

Le désintérêt de la majorité des médecins (6/7) pour la gestion était manifeste. La récurrence des sujets universitaires et cliniques abordés lors des staffs (3/4 rapports consultés) et d'autres rencontres professionnelles indique une stratégie visant à inverser la vision stratégique de la réforme.

« ....Pendant ce temps, le nouveau bloc opératoire qui a été construit par l'État depuis septembre dernier à des coups de millions de francs CFA n'a réceptionné aucun matériel de soins. Et pourtant, on informe tout le temps la direction générale de notre désarroi...Lors des réunions de staff, les gens sont plus préoccupés par la clinique que nous savons mieux faire. Il faudra plutôt mettre à notre disposition le matériel de travail et améliorer le cadre de travail c'est-à-dire les salles pour les hospitalisations, le renforcement de l'effectif médical et paramédical etc.» (RProf2MedHopX, mai 2010).

La délégation de responsabilité théoriquement annoncée par le Ministre de la santé dans le cadre de la réforme des mécanismes de gestion des services n'était pas effective dans les faits. La marge de liberté des services de spécialité dans la prise de décision administrative était fortement limitée et les budgets étaient restés centralisés auprès de la direction générale de l'établissement plus spécifiquement auprès du directeur général ou de son adjoint.

**Tableau 11 : Analyse stratégique du développement de nouveaux mécanismes de gestion des services médicaux dans l'hôpital X**

	Gestionnaires	Médecins	Infirmiers
<b>Problèmes</b>	<p>Incapacité des services de spécialité d'offrir des soins de qualité aux patients (problème de coordination lors des interventions médicales).</p> <p>Ambiguïté des rôles des acteurs dans l'exécution des tâches médico-administratives dans les services (évaluation du rendement des professionnels, ordonnancement des dossiers médicaux, la gestion des ressources matérielles etc.). Ces tâches étaient parfois effectuées par les infirmiers et ou les médecins ou n'étaient tout simplement sous aucune responsabilité. (Cf, Rapports annuels 2003/2004 d'inspection en annexe; Cf, extraits 5/7 rapports de direction 2003/2006 en annexe).</p> <p>Confusion dans l'exécution des responsabilités administratives entre la direction générale et les services de spécialité (difficulté de suivi de l'exécution du budget et de l'utilisation des ressources matérielles au niveau des services de spécialité).</p>	<p>Centralité des décisions administratives auprès de la direction générale / Contrôle administratif serré des services de spécialité (subordination administrative des services de spécialité / direction générale).</p> <p>Tentative de rationalisation de la pratique clinique (démédicalisation des services).</p>	<p>Rôle marginal dans la prise de décision dans les services.</p> <p>Marge de manœuvre limitée à cause de la hiérarchie professionnelle rigide dans les services de spécialité dominés par les médecins (non participation à la prise de décision médicale).</p> <p>Restriction à l'exercice de certaines tâches par les infirmiers au profit des résidents comme l'encadrement des étudiants, la gestion des effectifs et l'évaluation des pratiques professionnelles par les infirmiers chefs d'unité).</p>
<b>Buts</b>	<p>Assurer la gestion rationnelle des ressources au niveau clinique / imputabilité des services de spécialité (autonomie des services).</p>	<p>Maintenir les mécanismes traditionnels de gestion des services érigés selon les normes professionnelles (hiérarchie professionnelle ; respect de l'autonomie de pratique et prise de décision clinique effectuée essentiellement par les médecins).</p>	<p>Assurer plus de rôles formels dans la prise de décision dans les services (valorisation de la profession infirmière).</p>
<b>Ressources</b>	<p>Soutien des infirmiers chefs d'unité / disponibilité et engagement à l'exécution des tâches médico-administratives.</p> <p>Contrôle complet sur la sphère administrative (l'essentiel des problèmes et décisions administratives concernant des services sont référés au directeur général DG ou à son adjoint DGA).</p>	<p>Expertise médicale (contrôle de l'information clinique, asymétrie d'information, direction des équipes professionnelles).</p>	<p>Contrôle de l'information pertinente dans les services (l'élaboration des rapports d'activités et la coordination des soins infirmiers) (Les infirmiers chefs d'unités).</p> <p>L'exécution des soins délégués par les médecins (Tous les infirmiers).</p>

**Tableau 11 : Analyse stratégique du développement de nouveaux mécanismes de gestion des services médicaux dans l'hôpital X (suite)**

	Gestionnaires	Médecins	Infirmiers
<b>Enjeux</b>	<p>- Maîtrise des logiques de production propres aux médecins et aux infirmiers et la mesure de l'ampleur de ressources consacrées aux services (suivi de l'utilisation des ressources et gestion déléguée; réaliser la performance hospitalière).</p> <p>-Un contrôle de la gestion interne des services de spécialité.</p>	<p>Perte de contrôle sur l'activité clinique (tentative de rationalisation de la pratique clinique, encadrement de l'autonomie professionnelle).</p> <p>Démédicalisation des services (l'exercice des tâches médico-administratives les éloignerait des soins (Tous les médecins).</p>	<p>Valorisation leur rôle médico-administrative.</p>
<b>Stratégies</b>	<p>Implantation d'un modèle de gestion déléguée fondé sur une forte collaboration des médecins-chefs / Maintenir une forte implication des infirmiers chefs d'unité dans la gestion des services (sensibilisation et renforcement des capacités en gestion; notification de l'enveloppe budgétaire consacrée à l'achat des équipements médico-techniques).</p>	<p>Maintenir une forte médicalisation des services de spécialité (se mettre à l'abri de contrôle administratif éventuel).</p> <p>Tentative d'inversion de la vision stratégique de la réforme des services (désintérêt aux activités médico-administratives et récurrence des sujets universitaires et cliniques abordés lors des staffs).</p>	<p>Implication administrative auprès du surveillant général et du directeur technique (accroître les responsabilités cliniques des infirmiers).</p> <p>Recherche d'un équilibre entre le niveau d'implication médico-administrative et les responsabilités cliniques exercées par les infirmiers.</p>

**Tableau 12 : Analyse systémique du développement de nouveaux mécanismes de gestion des services médicaux dans l'hôpital X**

	Gestionnaires	Médecins	Infirmiers
<b>Zones d'incertitude</b>	<p>Le transfert des responsabilités la direction générale aux services de spécialité qui théoriquement devrait permettre le contrôle de la gestion et une utilisation efficiente du budget faisait avec l'influence des médecins. Ils déterminaient les besoins cliniques en matériels et instants de soins, donc l'annonce de l'enveloppe budgétaire consacrée aux achats pouvait faiblement influencer leur habitude de pratique. Il se pose un problème d'ajustement des dépenses à l'enveloppe budgétaire dans beaucoup de services. Le DG et le DT bien qu'étant des cliniciens à la base, ils étaient loin de la pratique plutôt investis dans l'administration.</p> <p>« .....Les médecins devront s'intéresser plus à l'organisation des soins et à la gestion des ressources déléguées. Les charges de fonctionnement augmentent de façon exponentielle (je veux parler des dépenses dans les consommables de soins (petits matériels et films d'imageries). Les services ne peuvent plus être gérer comme par le passé où l'on était toujours en dépassement de nos prévisions. Pour aller à cela le directeur général a envisagé en ce qui concerne l'achat des équipements médico-techniques, que l'enveloppe consacrée aux achats soit notifiée aux médecins-chefs afin qu'ils puissent préciser leurs besoins essentiels et réalistes qui sont soutenables par la capacité financière de l'hôpital. Une fois les besoins exprimés, la direction générale fait l'évaluation financière et procède de concert avec les médecins-chefs à la priorisation..... ». DgaHopX</p>		
<b>Règles du jeu</b>	<p>Loi hospitalière articles 68-73 (De l'organisation et du fonctionnement des services de spécialité).</p> <p>Une lettre de mission Numéro : 0048-0073 adressée aux différents médecins chefs en l'absence de règles formelles prévues par la loi hospitalière pour définir et réglementer les taches des professionnels de santé en ce qui a trait à l'accomplissement des fonctions de gestion (Source : Lettres de missions N : 0048-0073/HGT/DG, 2008).</p> <p>Mise en place d'un contrat d'objectif et de moyen qui engage les professionnels de santé à l'hôpital.</p> <p>Le projet d'établissement (planification quinquennal des changements structurels dans l'hôpital, 2002/2008).</p> <p>Normes professionnelles informelles (hiérarchie professionnelle dominée par les médecins, standardisation des qualifications).</p>		
<b>Relations entre les acteurs</b>	<p>Négociation des ententes avec les médecins chefs pour le transfert des responsabilités du directeur général et la délégation des budgets.</p> <p>Appui sur les médecins chefs comme médiateurs auprès de leurs collègues médecins et infirmiers pour une utilisation rationnelle des ressources attribuées aux services comme le matériel de soins, les consommables médicaux etc.</p> <p>Collaboration avec les infirmiers pour l'exécution des tâches médico-administratives.</p>	<p>Alliance entre médecins / indifférence face aux infirmiers; peu collaboratif avec les gestionnaires.</p>	<p>Cohésion de groupe / disponibilité et engagement à collaborer avec les gestionnaires notamment pour l'exécution des taches médico-administratives par les infirmiers-chefs d'unité / indifférence et parfois conflit avec les médecins.</p>

#### ***4.2.1.3 La révision des modes de collaboration interprofessionnelle***

##### *Définition des problèmes et des buts*

L'établissement X a vécu depuis une décennie une situation de crise permanente qui ne cessait de s'aggraver au fil du temps : ne parvenant à assurer ni l'organisation des soins ni la fonctionnalité des équipes professionnelles. L'hôpital n'était pas en mesure d'offrir les services attendus. Depuis 1992, l'hôpital X bénéficie de l'appui financier de l'État et des partenaires techniques et financiers (exemple : la Banque Mondiale) pour renforcer son plateau technique à travers l'acquisition d'importants lots de matériels médico-techniques, de nouvelles constructions et de réhabilitations de locaux.

Ces équipements ultramodernes étaient incapables de fonctionner correctement et d'assurer de façon satisfaisante la mission de service public. Les conséquences de cette situation remettent en cause non seulement l'efficacité des efforts financiers et matériels consentis par l'état et les partenaires de l'hôpital, mais aussi la qualité des soins et l'accueil des patients. En clair, la qualité des soins fournis était en deçà des efforts matériels consentis dans les services de spécialité par le Ministre de la santé (Cf Rapports ANEH<sup>9</sup> 2002; IS<sup>10</sup> 2001).

Les problèmes de coopération entre les professionnels de santé ont été évoqués par la quasi-totalité des gestionnaires (4/5). Il s'agit du déficit de communication, de la faible coordination dans la prise en charge des patients, et de la mauvaise référence des malades. Les références des malades entre les services se faisaient de médecin à médecin en personne selon les affinités personnelles ou par l'intermédiaire du malade lui-même. Les services fonctionnaient en silo (selon les rapports d'audit de l'ANEH<sup>11</sup> 2003). Cela est confirmé par le directeur des soins (DsHopX) qui attribue la mauvaise organisation du

---

<sup>9</sup>Inspection de la santé, IS. (2001). Rapport d'inspection de la qualité des soins dans l'Hôpital X. Bamako (Mali). 97

<sup>10</sup>Agence Nationale d'Évaluation des Hôpitaux, ANEH. (2002). Rapport d'Étude : Évaluation de la qualité des soins dans l'Hôpital X. Bamako (Mali). 37

<sup>11</sup>Agence Nationale d'Évaluation des Hôpitaux, ANEH. (2003). Rapport d'Étude : Évaluation de la qualité des soins dans l'Hôpital X. Bamako (Mali). 31

travail d'équipe aux conflits d'intérêt à l'intérieur de certaines corporations particulièrement entre les médecins d'une part et d'autre part entre eux et les infirmiers.

« Entre 1999 et 2001, Il y'a eu suffisamment de plaintes de la part des usagers de l'hôpital, 2/3 d'entres eux se sont plaints quant à l'accessibilité aux médecins dans les services de spécialité. Les malades rapportent dans leur majorité (80%) qu'ils sont obligés de faire eux mêmes le lien entre les différents professionnels de santé particulièrement les médecins qui ont en charge leur prise en charge (ils doivent acheminer les demandes d'examens complémentaires dans les services compétents et auprès des différents spécialistes). Ils estiment que les professionnels ne se parlent pas suffisamment. C'est comme si le malade était abandonné à son sort. Les différentes spécialités semblent fonctionner en vase clos...chacun évolue à part. Un malade chronique hospitalisé au service de médecine générale révèle qu'il a reçu deux traitements similaires pendant la même période de deux médecins dont l'un du service de diabétologie et l'autre de la cardiologie ». Page 3-7 Rapports compilés des plaintes d'usagers, Sept 2001 (confirmé par SgHopX).

« Les médecins ne s'entendent pas entre eux et pourtant ils sont obligés de collaborer. Chacun est dans son écurie et ils se livrent à des guerres de clan. On assiste à une balkanisation de l'hôpital avec des alliances qui se dessinent. Une conséquence de cette fracture est l'existence de cloisonnements forts entre plusieurs services de spécialité, les gens se parlent très peu donc sont peu disposés à travailler en groupe. Par exemple, le professeur D est plus ami avec le professeur S, leurs services travaillent plus en ensemble, par contre le professeur k et le professeur G sont à couteau tiré depuis des années. Par conséquent, leurs services bien qu'étant dans le même bâtiment et appartenant au même bloc de spécialité communiquent très peu (ils s'échangent peu d'information sur les malades) » (DsHopX).

En 2002, suite aux investissements immobiliers importants effectués dans les services des urgences chirurgicales, de la pédiatrie, de la médecine générale, de la traumatologie et de la radiologie, le Ministre de la santé a instruit à la direction générale de l'établissement de procéder à une révision du mode de collaboration interprofessionnelle. Elle était censée régler les confusions de rôles entre les médecins et les infirmiers, les conflits interprofessionnels, les problèmes de coordination internes que nous avons rapporté dans le paragraphe précédent et qui divisaient les professionnels de santé dans les services. Il s'agissait d'effectuer une refonte de la composition des équipes professionnelles de commun accord avec les différents groupes d'acteurs de sorte que les rôles des médecins et des infirmiers soient clairement définis ainsi que les modalités de leur collaboration lors des interventions médicales.

Face à ces changements majeurs qui touchent le cœur même de la pratique médicale, les différents groupes d'acteurs de l'hôpital ont eu des réactions variées selon les intérêts qu'ils tentaient de défendre. Ces réactions ont concerné dans un premier temps (1) la départementalisation, et (2) les modalités de la collaboration interprofessionnelle à travers la fusion des équipes professionnelles multidisciplinaires.

Les réactions ont été mitigées selon les médecins. Pour ceux qui assumaient les fonctions de chef de service (3/7), le problème de la fusion des services était la restriction de leur pouvoir de décision dans les unités techniques. Seules les chefs de département devraient décider de l'organisation des soins et discuter avec la direction générale. Les autres médecins-praticiens (4/7) ont évoqué des problèmes de normes de pratique avec la fusion des équipes. La croyance aux valeurs et aux habitudes de pratique intériorisées par le passé semblait être un facteur déterminant de blocage. Elle s'explique par le processus de conception du projet de départementalisation faiblement partagé par les médecins (le Dg aurait recouru au service d'un consultant externe pour concevoir les modalités de regroupement des services en département) et l'existence de certaines velléités intra-corporatistes particulièrement au sein du groupe des médecins (les clans).

« .....On a enlevé l'unité de rattrapage des vaccinations alors qu'en ce moment on pense à le réhabiliter car c'est essentiel dans le contexte de notre pays où la pratique de la vaccination n'est pas respectée de tous. Parallèlement, il y'a de nouvelles spécialités qui ont été créées comme la chirurgie pédiatrique qui apparemment n'a aucun rapport direct avec le département de pédiatrie. Le mode de fonctionnement est vertical où seul le chef de département compte tandis que le reste de l'effectif est marginalisé. Le cas du département de médecine, on a nommé le Pr Mg sous prétexte qu'il est le seul professeur agrégé. On se demande que vont devenir les anciens chefs de service. Les gens parlent souvent de conflit avec les médecins transférés de la cardiologie au département de médecine générale. En médecine générale, l'équipe mets plutôt l'accent sur la concertation entre les médecins pour prendre une décision médicale alors que les médecins-cardiologues estiment être en mesure de s'assumer seules face à un cas clinique » (Med2HopX).

La majorité des infirmiers (6/7) était favorable au développement d'une approche multidisciplinaire dans la prise en charge des patients. La principale difficulté était que les contours de leurs responsabilités n'étaient pas précisés. Par conséquent, ils étaient aux prises avec des problèmes liés à la faible reconnaissance de leur rôle par les médecins et les



conflits de compétence avec les résidents en cours de spécialisation faisant parfois office d'infirmiers. Ce qui complexifie leur intégration dans les équipes professionnelles et la participation à la prise de décision médicale. La départementalisation était encore au stade théorique et semble plutôt se limiter à un nouvel découpage administratif.

« Les médecins cherchent à vider le rôle d'infirmier de son contenu à cause des résidents et des étudiants, nous n'avons pas de place réelle dans les équipes malgré les mises en garde du directeur général suite à nos menaces de grèves successives en juin 2001. A présent, la situation n'a pas changé. Par exemple, au service de gynécologie obstétrique, il y'a eu un changement au niveau des salles d'accouchement. Tout le travail est fait par les résidents, les médecins pensent que les sages-femmes ne sont pas importantes. Ce qui a débouché sur un conflit ouvert entre eux. Les sages-femmes n'ont plus beaucoup d'accès aux salles accouchements sous prétexte que les résidents doivent faire un certain nombre d'accouchements dans le cadre de leur formation. On a manifesté notre désapprobation mais pour le moment rien n'a changé » (Inf2HopX).

« Cette affaire de fusion des équipes ne se justifie pas d'autant plus que nous nous rencontrons souvent lors des staffs selon nos ententes (.....) et puis, les gestionnaires doivent savoir que chaque médecin est libre pour organiser sa pratique médicale selon sa spécialité. On n'a vraiment pas besoin d'autres règles ici, nous sommes tous des médecins, chacun sait ce qu'il doit faire. Cela est enseigné depuis l'école de médecin. Le plus important est que nous nous comprenons déjà entre médecins ... Les médecins sont au cœur du mécanisme de prise en charge des patients... Nous sommes les spécialistes » (RProf3MedHopX, juillet 2009).

### *Ressources et enjeux*

La départementalisation répondait d'abord à une vision politique, elle est prescrite par la loi hospitalière de 2002 et prévue dans le projet d'établissement. Face à la balkanisation des services (existence de plusieurs micro-services), le déplacement des lignes formelles de partage des activités qui ont toujours existé entre les différents services de spécialité était une priorité. Le but des gestionnaires qui ont en charge le pilotage des réformes structurelles dans l'établissement était de rapprocher réellement (fusion) les équipes professionnelles et de lever les ambiguïtés autour des rôles des acteurs qui ont existé dans les services. L'instauration d'un système de contrôle interne était également un élément important car l'administration hospitalière pourra faire avec un nombre limité de répondant dans les services de spécialité constitués en bloc de grande spécialité dirigé par un chef de département. L'influence de cette ressource semblait faible pour effectuer un contrôle de

proximité de l'activité clinique en l'absence de règles formelles qui fixent les obligations des parties.

« Il s'agit pour nous d'appréhender la pertinence de la réforme comme une alternative de meilleure prise en charge des malades. On a pensé qu'il faille une réforme en profondeur du système hospitalier. Il fallait fixer des objectifs et trouver les moyens pour les atteindre afin d'assurer la prise en charge efficiente des patients. Les problèmes internes étaient tellement profonds qu'on n'avait pas d'autres solutions que de réformer le système de fonctionnement des services. Parmi les choix à faire, il y'avait la départementalisation pour que les services puissent mieux échanger. Il existe plusieurs micros services de spécialité qui n'ont pas très souvent l'effectif requis pour être véritablement fonctionnel. C'était une balkanisation de l'hôpital. La loi aurait du fournir un cadre juridique qui fixe les responsabilités des différents groupes d'acteurs hospitaliers » (DgaHopX).

Dorénavant sous la responsabilité des chefs de département, lorsqu'un malade est accepté dans un service ou par un médecin, selon le cas le service ou le médecin privilégie une rencontre (staff) entre les équipes concernées pour discuter du cas et élaborer un plan d'intervention. Les professionnels de santé de façon générale opposaient à cette méthode d'interaction prônée par la direction générale la standardisation des qualifications. Les normes professionnelles étaient légitimées, priorisées par le groupe des médecins en général lorsque celles-ci entrent en conflits avec certaines composantes du changement. Le but des médecins était de sauvegarder leur autonomie de pratique tout en maintenant la coordination de la prise en charge médicale par la standardisation des qualifications, tandis que les infirmiers tenaient à assumer plus de rôle formel dans les équipes.

« .....Au service de gynécologie obstétrique, il y'a eu un changement au niveau des salles d'accouchement. Tout le travail est fait par les résidents, les médecins ont écarté les sages-femmes des salles accouchements sous prétexte que les résidents en cours de spécialisation doivent faire un certain nombre d'actes dans le cadre de leur formation. Une lettre a été adressée la semaine passée à la direction générale pour manifester notre refus....» (RProf4InfHopX, août 2009).

### *Stratégies, zones d'incertitude et règles de jeu*

Dans un contexte où la composante institutionnelle du changement ne donne aucune indication sur la composition des équipes professionnelles ni moins leur fonctionnement, la prise de décision stratégique reposait sur la responsabilité déconcentrée du Ministre de la santé auprès du directeur général de l'hôpital. La principale ressource mobilisée par ce

dernier était le contrôle sur les ressources financières. L'allocation de ces dernières aux départements sur la base de la qualité de la collaboration interprofessionnelle semblait difficile à implanter pour plusieurs raisons, (1) elle était contraire aux principes d'autonomie défendu par les médecins et de responsabilité individuelle à l'égard de leurs patients, (2) les chefs de département dans leur majorité (4/5) adoptaient encore les valeurs des groupes professionnels. Ils déterminent avec leurs collègues les choix stratégiques dominants lors des interventions médicales, ce qui les dotent d'un pouvoir de contrôle important, et (3) l'administration hospitalière était sensible à leur avis technique. Les projets stratégiques des médecins pour une forte médicalisation des départements s'expliquent par le leadership collectif faible de l'équipe de direction. Elle interagissait très peu avec le personnel médical et occasionnellement avec le personnel infirmier qui disposait de peu de ressource et était resté fondamentalement dépendant des services des médecins.

« ... et puis les gestionnaires doivent savoir que chaque médecin est libre pour organiser sa pratique médicale selon sa spécialité. On n'a vraiment pas besoin d'autres règles ici, nous sommes tous des médecins, chacun sait ce qu'il doit faire, cela est enseigné depuis l'école de médecine (.....), le plus important est que nous nous comprenons entre médecins déjà.... Les médecins sont au cœur du mécanisme de prise en charge des patients... nous sommes les spécialistes donc au sommet de la hiérarchie professionnelle au niveau des services de spécialité » (Med6HopX).

« ... L'organisation fait défaut à tous les niveaux. Il y'a toujours des conflits et un ballotage de malade entre le service des urgences et le service de médecine. Pour les décès des malades transférés par le département de médecine au service des urgences, les médecins du département de médecine sont obligés d'aller constater eux même le décès à la morgue. Au niveau de la garde, les gens s'occupent surtout des malades hospitalisés. Elle est mal organisée car les gens collaborent peu. Les fonctions des agents ne sont pas bien définies ce qui entraine des conflits inutiles » (Inf3SyndicHopX).

Le processus de départementalisation n'était pas complété au moment de la collecte de données. Il n'avait pas réglé les problèmes de coopération, certains nouveaux conflits interpersonnels ont été rapportés en pédiatrie, chirurgie, médecine générale. Ils seraient attribuables en partie à sa mauvaise conception.

**Tableau 13 : Analyse stratégique de la révision des modes de collaboration interprofessionnelle dans l'hôpital X**

	Gestionnaires	Médecins	Infirmiers
<b>Problèmes</b>	<p>Les tensions dans les relations interprofessionnelles (déficit de communication interprofessionnelle et faible coordination dans la prise en charge des patients) (confirmé par les rapports d'audit de l'ANEH, 2003).</p> <p>Conflits d'intérêt à l'intérieur de certaines corporations (développement des systèmes de clan chez les médecins fondé sur des affinités personnelles / refus de reconnaître le rôle des infirmiers lors des interventions médicales).</p>	<p>Mauvaise référence des patients entre les services et les spécialistes (développement des systèmes de clan fondé sur des affinités personnelles entretenues par certains médecins, Ex : pédiatrie et médecine générale; gynécologie et chirurgie...etc).</p> <p>Fortes interférences du directeur général et de son adjoint dans la prise de décision interne au service de spécialité / Tentative de rationalisation de la pratique clinique (définition de la composition et du fonctionnement des équipes professionnelles par l'administration).</p> <p>Mauvaise conception de la départementalisation réduit à un simple découpage administratif (suppression de certaines unités essentielles en pédiatrie et la création de plusieurs nouvelles unités jugées de moindre importance en médecine générale).</p>	<p>Rôle marginal dans les équipes lors des interventions médicales du fait des médecins (exclus de la prise de décision médicale et conflits de compétence avec les résidents).</p>
<b>Buts</b>	<p>Déplacer les lignes formelles de partage des activités qui ont toujours existé entre les différents services de spécialité (départementalisation) par la fusion des équipes professionnelles.</p> <p>Instaurer un système de contrôle de gestion au sein des départements créés.</p>	<p>Sauvegarder l'autonomie de pratique médicale et maintenir la coordination de prise en charge clinique par la standardisation des qualifications.</p>	<p>Assurer plus de rôle formel dans les équipes professionnelles (accroître les responsabilités cliniques des infirmiers ; rôle dans la prise de décision médicale, présence dans les équipes professionnelles).</p>
<b>Ressources</b>	<p>-Pouvoir déconcentré du Ministre de la santé au sein de l'établissement, ordonnateur délégué du Budget; interlocuteur privilégié auprès du conseil d'administration pour les changements structurels). (DG/DGA/DS/DA)</p> <p>-Contrôle sur les ressources financières (allocation des ressources matérielles et du budget au niveau des départements fonctionnels).</p>	<p>-Position au sommet de la hiérarchie professionnelle dans les services de spécialité (ils déterminent les choix stratégiques dominants lors des interventions médicales).</p>	<p>-La cohésion de groupe des infirmiers (les infirmiers sont plus soudés et mieux organisés donc plus enclins à travailler ensemble / attitudes stabilisées autour d'une vision commune).</p>
<b>Enjeux</b>	<p>-Facilité de négociation avec les professionnels de santé (existence d'un nombre limité d'interlocuteur dans les services de spécialité dorénavant constitués en bloc de grande spécialité dirigé par un chef de département) / Gestion des conflits en contenant les oppositions traditionnelles des médecins-chefs.</p> <p>- Maîtrise des logiques de production propres aux services et</p>	<p>-Restriction du pouvoir de décision des médecins-chefs (3/7) suite à la fusion des services de spécialité dans le cadre de la départementalisation (ils se trouveraient subordonner aux chefs de département qui décident de l'organisation des soins et discutent avec la direction générale).</p> <p>-Perte des valeurs et des habitudes de pratique pour les autres médecins-praticiens (4/7) et crainte de conflits</p>	<p>-La valorisation du rôle des infirmiers lors des interventions médicales à travers leur forte implication dans la réalisation des activités médico-administratives.</p>

	la mesure de l'ampleur de ressources consacrées aux départements (suivi de l'utilisation des ressources et gestion déléguée; Imputabilité des chefs de département; coordination de la prise en charge médicale).	interprofessionnels suite à la fusion des équipes dans le cadre de la départementalisation.	
<b>Stratégies</b>	<p>Implantation d'un modèle d'intégration clinique avec la création de départements fondés sur des macro-secteurs de spécialités ex : médecine générale, chirurgie générale, laboratoires donc groupent des unités semblables afin de voir la rationalité de la production des unités. Les chefs de département deviennent imputables.</p> <p>Développement d'une approche multidisciplinaire dans la prise en charge des patients et une plus grande diversité d'intervenants (Directeur Technique) (lorsqu'un malade est accepté dans un service ou par un médecin, selon le cas le service ou le médecin privilégie une rencontre (staff) entre les équipes concernées pour discuter du cas et élaborer un plan d'intervention).</p>	<p>Maintenir une forte médicalisation dans les départements de spécialité (2/3 des chefs de département étaient mus par les valeurs des groupes professionnelles) / Inverser la vision stratégique de la réforme des services pour se mettre à l'abri de contrôle administratif éventuel (interférences externes).</p>	

**Tableau 14 : Analyse systémique de la révision des modes de collaboration interprofessionnelle dans l'hôpital X**

	Gestionnaires	Médecins	Infirmiers
<b>Zones d'incertitude</b>	<p>En dehors des dispositions de la loi hospitalière qui ne donnaient aucune indication sur la composition des équipes professionnelles ni moins sur leur fonctionnement, le directeur général s'est résolu à fonder sa prise de décision sur le pouvoir d'autorité que lui a été délégué par le Ministre de la santé. Il a conditionné l'allocation des ressources financières aux services au résultat du travail d'équipe.</p> <p>« ...Il s'agit pour nous d'appréhender la pertinence de la réforme comme une alternative de meilleure prise en charge des malades. On a pensé qu'il faille une réforme en profondeur du système hospitalier. Il fallait fixer des objectifs et trouver les moyens pour les atteindre afin d'assurer la prise en charge efficiente des patients. Les problèmes internes étaient tellement profonds qu'on n'avait pas d'autres solutions que de réformer le système de fonctionnement des services.... Parmi les choix à faire il y'avait la départementalisation pour que les services puissent mieux échanger. Il existe plusieurs micros services de spécialité qui n'ont pas très souvent l'effectif requis pour être véritablement fonctionnel. C'était une balkanisation de l'hôpital. La loi aurait du fournir un cadre juridique qui fixe les responsabilités des différents groupes d'acteurs hospitaliers.... ». DgaHopX</p> <p>Le directeur général de l'établissement espérait ainsi négocier directement avec les chefs de département pour parvenir à un contrôle de proximité de la pratique professionnelle. Un tel contrôle semblait difficile à implanter d'autant plus que les anciens chefs de service étaient plus proche des praticiens et donc a même d'influencer le fonctionnement des équipes professionnelles.</p> <p>« Avec la départementalisation de la pédiatrie, il y'a des unités qui sont créés par profilage. Les enfants malades sont sélectionnés selon leurs âges alors qu'il serait plus intéressant d'aller vers le profilage par pathologie. On a enlevé l'unité de rattrapage des vaccinations alors qu'en ce moment on pense à le réhabiliter car c'est essentiel dans le contexte de notre pays où la pratique de la vaccination n'est pas respectée de tous. Parallèlement, il y'a de nouvelles spécialités qui ont été créées comme la chirurgie pédiatrique qui apparemment n'a aucun rapport direct avec le département de pédiatrie. Le mode de fonctionnement est vertical où seul le chef de département compte tandis que le reste de l'effectif est marginalisé. Le cas du département de médecine, on a nommé Pr Mg sous prétexte qu'il est le seul professeur agrégé, on se demande que vont devenir les anciens chefs de service. Les gens parlent souvent de conflit avec les médecins transférés de la cardiologie au département de médecine générale. En médecine générale, l'équipe mets plutôt l'accent sur la concertation entre les médecins pour prendre une décision médicale alors que les médecins-cardiologues estiment être en mesure de s'assumer seules face à un malade....». Me3dHopX</p>		
<b>Règles du jeu</b>	<p>Les dispositions de la loi hospitalière ne donnent aucune indication sur la composition des équipes professionnelles ni moins sur leur fonctionnement.</p> <p>L'autorité déléguée au directeur général de l'établissement par le Ministre de la santé.</p> <p>Règles professionnelles informelles de coopération entre les médecins fondés sur des affinités personnelles que certains d'entre eux ont établis (les références des malades de médecin à médecin en personne ou par l'intermédiaire du malade lui-même).</p>		
<b>Relations entre les acteurs</b>	<p>Appui sur les médecins-chefs de département comme médiateurs auprès de leurs collègues médecins et infirmiers pour une utilisation rationnelle des ressources attribuées aux services comme le matériel de soins, les consommables médicaux etc.</p> <p>Collaboration avec les infirmiers pour l'exécution des tâches médico-administratives.</p>	<p>Alliance entre médecins dans les départements / indifférence des autres médecins-praticiens face aux infirmiers; Médecins-chefs peu collaboratifs avec les gestionnaires.</p>	<p>Disponibilité et engagement à collaborer avec les gestionnaires notamment pour l'exécution des tâches médico-administratives (infirmiers chefs d'unité) / Soutien du directeur général et de la majorité des gestionnaires aux infirmiers / Dépendance aux services des médecins.</p>

#### **4.2.2 Cas de la réaction des groupes d'acteurs aux changements structurels au sein de l'hôpital Y**

L'hôpital Y est un ancien hôpital militaire hérité de la période coloniale. Cet établissement était passé au statut d'établissement public hospitalier en 2002, ce qui lui conférait une plus grande flexibilité dans sa gestion. C'est l'hôpital le plus sophistiqué du Mali, doté d'équipements médico-techniques de pointe. Il comptait 471 lits en 2008, repartis entre 17 services de spécialité qui offrent les prestations médicales les plus spécialisées du pays. La main d'œuvre était composée de 563 agents dont 109 médecins essentiellement des biappartenants (Université - Hôpital), 206 infirmiers et 5 gestionnaires.

##### ***4.2.2.1 Les changements des rôles des acteurs dans la définition des orientations stratégiques de l'établissement Y***

L'établissement Y était confronté avant la réforme de 2002 à certains problèmes de fonctionnement tels que l'insuffisance de la main d'œuvre médicale, le sous équipement des services de spécialité etc. Il existait une forte centralisation de la prise décision auprès du Ministre de la santé qui effectuait un contrôle serré, ce qui ne facilitait pas les tentatives de réorganisation interne initiées par la direction générale de l'établissement. C'est donc dans une situation extrêmement difficile qu'a été envisagée dans cet établissement la réforme hospitalière en 2002.

L'hôpital Y devait changer du statut de service rattaché au Ministre de la santé à celui d'établissement public hospitalier (EPH) qui lui confère une autonomie de gestion. A l'instar des autres établissements hospitaliers du Mali érigés en EPH, une conséquence de l'autonomie de gestion était la révision de la composition du conseil d'administration (loi d'orientation sur la santé 2002<sup>12</sup>; loi hospitalière 2002).

En son sein, les différents groupes d'acteurs gestionnaires, médecins, et infirmiers devraient être dotés de nouveaux rôles pour l'orientation de l'établissement. En clair, le directeur général et son adjoint demeureront membres du conseil à titre consultatif tandis que le personnel médical et infirmier seraient représentés par un seul membre du syndicat des travailleurs de l'hôpital.

---

<sup>12</sup>Loi n 02-049/ du 22 juillet 2002 : Loi d'orientation sur la santé

*Définition du problème, des buts et des enjeux*

La plupart des gestionnaires (excepté le directeur général et son adjoint qui étaient imputables si le personnel n'applique pas la loi) n'approuvaient pas la nouvelle composition du conseil d'administration. Ils remettaient en cause sa fonctionnalité et la rigidité dans sa prise de décision. Les administrateurs du conseil venant pour l'essentiel des collectivités territoriales et de la société civile semblaient peu sensibilisés aux problèmes de fonds de l'hôpital que du respect des mesures budgétaires rigides imposées par la tutelle comme le refus d'augmentation du tarif des prestations de soins et de remboursement des frais liés à la prise en charge des indigents et des gratuits de soins. La variation dans l'application de la loi hospitalière était donc associée à des enjeux politiques défendus par le Ministre de la santé comme le caractère impopulaire de certaines décisions. Le principal enjeu à l'application des nouvelles politiques semblait concerner l'encadrement serré de l'exercice de l'autorité de l'administration hospitalière qui ne pouvait apporter le soutien nécessaire à l'activité clinique.

« L'autonomie, mais elle est partielle car on est limité sur notre prise de décision sur l'intéressement du personnel (primes de responsabilité, émoluments). On nous dit toujours de recourir au CA. Cependant, l'autonomie de gestion est mieux qu'avant, on peut engager des petites dépenses sur nos recettes propres sans consulter le ministère. Pour ce qui est du cabinet du Ministre, on les fait recours si c'est nécessaire pour les besoins d'information. On est bloqué sur les appels d'offre. On voudrait recruter souvent mais nos recettes ne le permettent pas, cependant on ne veut pas nous aider au prétexte que nous avons des recettes propres et que nous sommes autonome. On n'a pas cependant le droit d'augmenter le tarif de nos prestations car on estime que cela va troubler l'ordre public, le Ministre de la santé nous a bloqué sur recommandation du premier Ministre. Il y'a aussi beaucoup de problèmes avec les indigents et les gratuits qui ne sont pas toujours remboursés » (DgHopY).

« Pour l'acquisition du matériel et les constructions de locaux, les administrateurs semblent disposer d'une certaine marge de manœuvre dans leur prise de décision par contre la prise en charge des primes des étudiants hospitaliers leur a été imposée par le Ministre de la santé alors que l'hôpital a des difficultés financières. Je n'ai pas assisté au dernier conseil, cependant j'ai comme l'impression que les gestionnaires gèrent tout sous la pression du Ministre de la santé. Ils se plaignent trop souvent qu'ils sont sous pression et que toutes les décisions ne viennent pas d'eux. Donc, ils n'ont pas la main libre dans tous les cas. Certains interprètent la situation comme une perte de pouvoir car on arrive plus à répondre aux demandes formulées par les professionnels de santé » (Med1ChefHopY).



« L'essentiel des subventions était apporté par le budget d'État tandis que les autorités locales ne participaient pas au financement. C'est vrai que la loi hospitalière ne citait pas leur responsabilité dans le financement des établissements ni moins dans le contrôle budgétaire... Le Ministre assure la tutelle des établissements en leur apportant des subventions, logiquement ils doivent fonctionner conformément à ses instructions... Toute augmentation des tarifs de soins aura des conséquences sociales graves surtout dans un pays aussi pauvre que le Mali » (CTHop).

Les changements structurels intervenus dans la composition du conseil semblaient aller à l'encontre des opinions émises par les professionnels de santé de façon générale. Ils ont regretté dans leur majorité (13/14) l'absence du Ministre de la santé et leur faible niveau de représentativité dans la composition du conseil d'administration.

Les médecins (5/7) ont évoqué des problèmes liés au rallongement de la prise de décision; un retard dans la réponse aux demandes des services et le respect du calendrier budgétaire contraignant inhérent à la lourdeur administrative. Les infirmiers mettaient plutôt l'accent sur leur faible possibilité d'interaction avec les administrateurs du conseil. Elle explique la levée des barrières à l'application de certaines mesures d'austérité comme le refus unilatéral du conseil en 2003 d'accéder à une augmentation de leur prime de rendement. Le soutien aux règles formelles prescrites par la loi hospitalière (comme l'autonomie du conseil) était mise en évidence lorsque celles-ci remettaient en cause l'autoritarisme élevé du Ministre de la santé que la réforme visait au fonds à éliminer.

« Les EPA après les EPST puis les EPH. Ce changement supposait une autonomie de décision. Je ne pense pas que cette disposition est prévaluée dans l'application. Même si théoriquement nous avons un budget, on a parfois des contraintes imposées par la tutelle ce qui fait que c'est difficile de faire face aux prévisions faites. Le budget qui nous est alloué... C'est un budget théorique qui n'est pas mis directement dans un compte géré par l'hôpital mais par le ministère de la santé. Pour ce qui est des investissements, on ne peut les mobiliser que suivant des délais fixés et de façon séquentielle. On arrive jamais à mobiliser les fonds dans le temps imparti... Cet aspect nous gêne dans notre pratique hospitalière, depuis 3 à 4 ans le service de cardio demande à être équipé d'un échographe (le besoin est là et la nécessité s'impose) » (Med4ChefHopY).

« La réforme du conseil est mal perçue dans les services de spécialité, ça se manifeste par des mésententes. Les professionnels de santé se sentent lésés et marginaliser vu qu'ils sont absents de sa composition... On a l'impression que les

gens accusent le Ministre de la santé et sont fâchés car ils n'ont plus l'opportunité de se faire entendre par les administrateurs. Par exemple, les primes de rendement ont été coupées en 2003 après avis du conseil approuvé par le Ministre et en présence des gestionnaires sans que les professionnels aient vraiment un mot à dire » (Inf3SyndicHopY).

« Au départ les gens ont fondé beaucoup d'espoirs sur leurs nouveaux rôles dans le conseil qui allaient consolider les liens entre acteurs et amener tout le monde à prendre les décisions ensemble. Les gestionnaires, les médecins et les infirmiers ont besoin d'être tous présents quant-il s'agit de discuter des problèmes de fonds de l'hôpital avec les administrateurs... L'achat des kits pour césarienne a fait beaucoup de bruits. Les médecins sont révoltés, ils le manifestent à chaque rencontre avec l'administration de l'hôpital lors des réunions internes entre chefs de service et gestionnaires » (RProf1MedHopY juin 2009).

### *Stratégies, zones d'incertitude et règles de jeu*

La stratégie de l'administration de l'hôpital était de mettre l'accent sur la combinaison d'un choix stratégique de gestion interne comme la restauration du comité de gestion avec l'approche systémique : en même temps que le but des gestionnaires était de maintenir un climat social apaisé à l'hôpital, ils ont été responsabilisés pour s'assurer de l'application de l'autonomie administrative et financière au sein de l'établissement. En clair, ils entendaient assurer la performance de l'établissement en rendant disponible les ressources nécessaires à l'activité clinique. La faiblesse dans la restauration du comité de gestion accompagne l'absence de leadership collectif en son sein et son manque de légitimité auprès de certains au niveau du conseil d'administration et du milieu clinique.

« Lors des réunions du comité de gestion, on a l'impression que la direction générale est contre les services de spécialité. Il y'a des tiraillements sur des questions et la tension devient très forte. Ce sont des conflits et des discussions fondées sur des suspicions de chiffres tronqués dans les rapports d'activités... Les médecins et les gestionnaires n'arrivent jamais à se mettre d'accord sur les indicateurs et les prévisions... Souvent l'atmosphère est moins tendue si l'objet de la réunion ne constitue pas d'enjeux et ne menacent pas l'intérêt du personnel. Et puis à la fin, le rapport de réunion reste entre les mains du directeur général. Nous ne savons pas ce qu'ils font avec... On a appris que pour les administrateurs l'avis du comité de gestion n'a pas d'importance vu que ce n'est pas prévu par la loi » (Med3SyndicHopY).

Le bien fondé des normes organisationnelles préexistantes en faveur de la stabilisation des attitudes des acteurs autour d'une vision commune (comité de gestion) semble être maintenu malgré la grande légitimité accordée à la loi hospitalière. Le comité de gestion regroupe un représentant de chaque corporation professionnelle médecin versus infirmier en plus des chefs de chaque service de spécialité. C'était une structure non prévue par la loi hospitalière de 2002. Ce caractère informel explique la rigidité dans son fonctionnement comme la difficulté de transmettre directement ses rapports au conseil d'administration ou le financement de ses activités.

« Nous considérons les professionnels de santé comme nos collaborateurs, l'hôpital gagnerait à ce que nous trouvons un moyen pour faire le consensus autour des priorités et qu'ensemble chacun s'investisse pour y arriver. C'est un jeu gagnant-gagnant pour une seule cause c'est-à-dire celle de l'hôpital. On n'avait pas d'autre choix à partir de 2002 avec la recomposition du conseil que de trouver une alternative afin de calmer la colère des professionnels de santé. Il faudra comprendre la mise en place de ce *comité de gestion* dans ce sens. Il regroupe les représentants de chaque catégorie du personnel et de tous les services de spécialité. Il fait entorse à la loi hospitalière, mais c'est un moyen pour garder la quiétude au sein de l'hôpital. Les gens manifestaient des sentiments de marginalisation et d'exclusion » (DgaHopY).

« ...Souvent le comité se réunit mais il y'a tellement d'absents que la réunion ne se tient pas. J'entends dire que le Dg a refusé qu'une prime de participation aux réunions soit accordée aux membres sous le prétexte qu'il était contraire à la loi des finances. Ce qui a découragé les médecins et les infirmiers à participer aux rencontres.... » (Med5ChefHopY).

Les médecins adhérents aux initiatives qui tendent à consolider leur cohésion de groupe. Ils se sont mobilisés pour le faire savoir dès le début de la réforme. Au lieu d'être un espace d'interaction du fait de la présence conjointe de l'ensemble des acteurs, l'absence des médecins de la composition du conseil, et le déficit dans le partage de l'information ne favorisaient pas l'actualisation de leur projet stratégique. Elle était contraire à leurs buts d'exercer un contrôle important sur les grandes décisions concernant les services. Les infirmiers sont sous l'influence plus directe des médecins, on pouvait observer de façon faible leur réaction et un niveau incertain de conformité de leurs projets stratégiques aux objectifs de la réforme du conseil. Il visait selon beaucoup d'infirmiers-chefs d'unité (3/7), la recherche d'un équilibre entre leur degré d'engagement pour les activités médico-

administratives des services et le rôle joué dans la prise de décision stratégique. L'enjeu principal pour la majorité d'entre eux était la valorisation de leur profession.

« Je pensais que l'autonomie aurait supposé que les principaux intervenants de l'établissement se concertent et se mettent d'accord autour des priorités à prendre sur le budget. Et que l'on privilégie certains comme tenu de leur spécificité. Cela supposait par service qu'il existe un budget et que le chef de service aura le privilège de les exécuter. On nous demande des performances, on nous donne un budget pour atteindre les objectifs fixés, les hôpitaux n'ont pas le droit de sortir de ce cadre. Ce qui est compliqué. On laisse toujours une marge de manquant du budget prévisionnel, un gap qui doit être comblé par l'établissement. Ce qui suppose que l'on peut décider de jouer sur les tarifs comme nous le voulons. Cela pose problème et limite le pouvoir d'action des gestionnaires hospitaliers. On a des tarifs de soins uniformément appliqués et disproportionnels car pour des actes médicaux d'envergure différente, (*on*) nous oblige d'appliquer des tarifs que l'on ne trouve pas logique. C'est le Ministère qui nous impose les tarifs... » (Med4ChefHopY).

« .....Les médecins reprochent à la direction de l'hôpital de n'avoir pas mis la loi hospitalière à leur disposition. Par conséquent ils estiment n'avoir pas été associés à sa conception ni à son application. Le conseil d'administration décide très souvent de façon unilatérale et tente de plaquer ce qui se passe ailleurs sans nous consulté. Par exemple, elle avait décidé de faire un guide de prise en charge des patients sans concerter les professionnels de santé. Nos préoccupations ne sont pas prises en compte pour satisfaire nos attentes... » (Inf1ChefHopY).

« Nous sommes des majors (chefs d'unités) et on est au four et au moulin. Cependant, on n'est pas récompensé en conséquence. Nos primes sont coupées depuis un an (3000f/mois). Que l'on valorise notre rôle et que l'ont soit plus associé car nous avons beaucoup de responsabilités dans l'organisation et le fonctionnement des services. Les infirmiers sont frustrés car ils ont perdu certains droits. En tant que major, on a rencontré une seule fois la direction ce qui est frustrant et n'est pas en faveur du dialogue. On n'a pas apprécié cette réaction de l'administration de l'hôpital. Nous devons nous rétracter jusqu'à ce qu'ils nous appellent (Le DG et le DGA) » (RProf2InfHopY mai 2009).

La centralisation des décisions auprès du Ministre de la santé limitait fortement la marge de manœuvre des gestionnaires en ce qui concerne la mobilisation et l'exécution des ressources financières de l'établissement. Il indique qu'en réalité son pouvoir n'était que partiellement délégué malgré l'autonomie théorique accordée au conseil d'administration.

**Tableau 15 : Analyse stratégique du changement des rôles des acteurs dans la définition des orientations stratégiques dans l'hôpital Y**

	Gestionnaires	Médecins	Infirmiers
<b>Problèmes</b>	<p>Forte centralisation des décisions auprès du Ministre de la santé (lourdeur administrative et pouvoir absolu du Ministre de la santé).</p> <p>Blocage des tentatives de réorganisation interne initiées par la direction générale de l'établissement (le recrutement de nouveaux agents, l'octroi de primes spéciales au personnel méritant, la formation continue du personnel infirmier).</p> <p>Rôle figuratif du conseil dans la prise de décision stratégique (excepté le directeur général et son adjoint qui étaient imputables si le personnel ne l'applique pas), les gestionnaires (3/5) remettaient en cause sa fonctionnalité et la rigidité dans sa prise de décision.</p> <p>Faible capacité de mobilisation et l'exécution des ressources financières auprès de la tutelle.</p> <p>Refus d'augmentation des tarifs de soins.</p> <p>Incapacité d'apporter un soutien matériel au travail clinique.</p> <p>Refus de remboursement par le ministère de la santé des frais liés à la prise en charge des indigents et des gratuités de soins.</p> <p>Faible capacité technique des administrateurs à examiner à fonds les problèmes cliniques (ils viennent pour l'essentiel des collectivités territoriales et de la société civile semblaient peu sensibilisés aux problèmes de fonds de l'hôpital que du respect des mesures budgétaires rigides imposées par la tutelle du Ministère de la santé).</p>	<p>Rôle marginal des médecins dans la prise de décision stratégique : la majorité des médecins (6/7) assimilait leur absence du conseil tout simplement à un manque de considération du Ministre de la santé à l'égard de leur profession.</p> <p>Régulation externe imposée par la nouvelle configuration structurelle du conseil (autoritarisme du Ministre de la santé).</p> <p>Absence de leadership collectif au sein du comité de gestion et son manque de légitimité auprès de certains au niveau du conseil d'administration (la rigidité dans le fonctionnement, la difficulté de transmettre directement ses rapports au conseil d'administration ou le financement de ses activités; le refus de l'octroi d'une prime de participation aux réunions pour les membres).</p> <p>Rallongement du délai de la prise de décision du fait de l'absence du Ministre du conseil (mise en œuvre retardée des décisions du conseil car l'approbation finale revient au Ministre comme le budget et son exécution. Exemple, report de successif pendant 4 ans de l'acquisition d'un échographe cardiaque au service de cardiologie A.).</p>	<p>La faible implication administrative des professionnels de santé.</p> <p>Retrait du conseil (manque d'intérêt des gestionnaires et des administrateurs pour les problèmes spécifiques des infirmiers).</p> <p>Régulation externe imposée par la nouvelle configuration structurelle du conseil (autoritarisme du Ministre de la santé).</p> <p>Faible possibilité d'interaction et de négociation avec les gestionnaires et les administrateurs du conseil (accès limité aux ressources cliniques).</p> <p>Rallongement du délai de la prise de décision du fait de l'absence du Ministre du conseil (mise en œuvre retardée des décisions du conseil car l'approbation finale revient au Ministre comme le budget et son exécution).</p>
<b>Buts</b>	<p>Assurer la performance de l'établissement (autonomie de gestion) en rendant disponible les ressources nécessaires à l'activité clinique, contrôler l'exécution du budget.</p> <p>Effectuer un contrôle administratif plus important des grandes décisions de l'hôpital.</p> <p>Maintenir le dialogue avec la sphère clinique / assurer la gestion</p>	<p>Effectuer un contrôle sur les décisions concernant les services de spécialité (gestion des ressources opérationnelles, affectation du personnel).</p>	

	des conflits (maintien d'un climat social apaisé à l'hôpital).		
<b>Ressources</b>	<p>- Détention de l'information stratégique pertinente (présence au sein du CA)</p> <p>Les prérogatives de la fonction déconcentrée du Ministre de la Santé (ordonnateur délégué du budget par la Tutelle et contrôle des ressources déléguées).</p> <p>Représentant du Ministre de la santé, (influence des forces institutionnelles; application des dispositions réglementaires de la loi hospitalière) donc en charge de l'application de la loi hospitalière.</p>	Contrôle sur la pratique médicale (expertise médicale; spécialiste dans les services).	<p>Contribution majeure au développement des activités des services (réalisation des tâches médico-administratives : tenue des effectifs, ordonnancement des dossiers médicaux, élaboration des rapports de service, coordination des soins).</p> <p>Exécution des soins délégués par les médecins (responsable des soins infirmiers et de l'accueil des malades).</p>
<b>Enjeux</b>	<p>Renforcement du pouvoir de décision suite à leur présence au sein du CA (pouvoir informationnel).</p> <p>Perte d'autorité auprès des cliniciens (difficulté à donner une suite diligente à la demande des professionnels de santé; rallongement des délais de la prise de décision).</p>	Restriction des possibilités de négociation avec les gestionnaires et les administrateurs du conseil en vue de satisfaire les attentes du personnel (accès limité aux ressources).	Restriction des possibilités de négociation avec les gestionnaires et les administrateurs du conseil en vue de satisfaire les attentes du personnel (accès limité aux ressources).
<b>Stratégies</b>	Combinaison d'un choix stratégique de gestion interne de l'équipe de direction (comme la restauration du comité de gestion) avec l'approche systémique / Tenue de réunions régulières avec le personnel médecin et infirmier et dialogue pour trouver un consensus et une alternative à leur non participation au CA.	Recherche d'une plus grande implication administrative.	Recherche d'un équilibre entre les responsabilités cliniques et le degré d'engagement dans l'exécution des activités médico-administrative (valorisation du rôle de l'infirmier).

*Tableau 16 : Analyse systémique du changement des rôles des acteurs dans la définition des orientations stratégiques de dans l'hôpital Y*

	Gestionnaires	Médecins	Infirmiers
<b>Zones d'incertitude</b>	<p><b>Le comité de gestion</b> (une création du DG) pouvait servir de prétexte pour le directeur général d'avoir sollicité l'avis des acteurs internes lors des négociations avec les administrateurs du conseil et face à la tutelle qui sont parfois loin des réalités de l'hôpital. Ils pouvaient imposer des conditionnalités à la répartition et à l'exécution du budget entre les services de spécialité.</p> <p>« ...Lors des réunions du comité de gestion, on pense que la direction générale est contre les services de spécialité. Il y'a des tiraillements sur des questions et la tension devient très forte. Ce sont des conflits et des discussions fondées sur des suspicions de chiffres tronqués dans les rapports d'activités... Les médecins et les gestionnaires n'arrivent jamais à se mettre d'accord sur les indicateurs et les prévisions... Et puis à la fin le rapport de réunion reste entre les mains du directeur général, nous ne savons pas ce qu'ils font avec....» Med5hopY5.</p>		
<b>Règles du jeu</b>	<p>Loi hospitalière articles 57-67 (Mise en place du nouveau CA composition et fonctionnement) – Régulation externe imposée.</p> <p>Une structure informelle non prévue par les dispositions de la loi hospitalière de 2002 (Maintien du comité de gestion).</p>		
<b>Relations entre les acteurs</b>	Négociation directe avec les administrateurs / souci de performance face aux autorités, peu collaboratif avec les infirmiers.	Faible cohésion entre médecins / indifférence face aux infirmiers; hostilité face aux gestionnaires.	Cohésion de groupe (disponibilité et engagement à collaborer avec les gestionnaires) / dépendant des médecins.

#### ***4.2.2.2 Le développement de nouveaux mécanismes de gestion des services médicaux dans l'établissement Y***

##### *Définition du problème*

Avant la réforme en 2002, il existait des rapports tendus entre la direction générale de l'hôpital et les services de spécialité. Les objectifs des services semblaient flous et les pouvoirs réels des médecins-chefs n'étaient pas formellement définis. Théoriquement, ils étaient chargés d'assurer les responsabilités déléguées du directeur général. Il existait une confusion des rôles dans la structure organisationnelle, elle affectait l'exercice de la responsabilité déléguée à la ligne hiérarchique.

Pour réfléchir sur les modalités pratiques d'un transfert de ressources et des responsabilités administratives du directeur général aux services de spécialité, deux consultants étrangers ont été commis en septembre 2002 par le Ministre de la santé. Ils ont indiqué comme préalable au développement de nouveaux mécanismes de gestion des services une description de tâches médico-administratives pour les médecins-chefs et les infirmiers-chefs d'unité et leur formation en gestion. Les modules tels que la responsabilité médicale, la gestion des équipes, la gestion budgétaire et l'organisation des soins étaient censés aider les plus capables à se maintenir en position de gestion et à effectuer des tâches telles que l'élaboration des plans de formation du personnel des services, du projet de budget de service, du rapport d'activité et de l'administration du personnel. Le nouvel organigramme et le cadre organique élaborés obligeaient les médecins-chefs à référer au directeur général et à son adjoint lors de la prise de certaines décisions essentielles comme les affectations des agents entre les services et les unités, la planification des gardes et des interventions médicales, le choix et l'acquisition des équipements médicaux etc.

Les gestionnaires dans leur majorité (3/5) ont évoqué certains problèmes (exceptés le directeur général et son adjoint nommés respectivement par décret et par arrêté du Ministre de la santé) tels que le fait que le contenu de leurs tâches ni celui des médecins ne soient précisés; l'inaccessibilité aux ressources financières nécessaires pour réussir la transformation structurelle (la pression de la tutelle et la forte centralisation des décisions auprès du Ministre); et la mauvaise planification financière de la réforme. De plus, certains obstacles et contraintes présents dans l'environnement organisationnel ont été évoqués



comme les conflits entre les normes qui orientent le personnel (normes professionnelles surtout médicales) et les normes prescrites par le projet de réforme inspiré de la loi hospitalière (nouvelle structure telle que la direction générale en charge de la description des tâches et de l'évaluation du rendement des professionnels lors des interventions médicales).

« De façon globale, les médecins-chefs sont toujours revendicatifs et insatisfaits de leur condition de travail. Ils se plaignent régulièrement. Au-delà des insuffisances qu'ils ont en gestion, j'estime que ce sont des gens qui acceptent difficilement se conformer aux règles. Les médecins sont très susceptibles et manifestent régulièrement leur mécontentement. Ils sont opposés à l'organisation que nous voudrions faire des services et l'interprète comme une façon pour la direction générale d'effectuer un contrôle ce qu'ils font. Par exemple, l'évaluation de leur rendement, la répartition du personnel au sein des équipes professionnelles, la dotation des services en équipement médico-techniques selon un certain niveau de soins exigé de chaque service sont essentiels. Pour les gestionnaires cela permettra de mettre fin au laisser aller qui prévaut dans les services et de savoir qui fait quoi ! » (DgaHopY).

« Le problème du projet d'établissement est que les consultants qui l'ont monté notamment B et G ont amené les gens à rêver. Ce n'était pas adapté à notre contexte à cause du coût et des modalités de mise en œuvre de son contenu. Ce qui a amené le ministère de la santé à revoir le coût de façon adaptée en nous autorisant d'apporter des changements. On ne l'utilise pas réellement, on utilise parfois l'aspect infrastructurel pour investir en apportant des modifications selon les ans. On a un plan de masse mais nous ne le respectons pas très bien. Avec l'évolution des choses et les réalités du moment, on observe des glissements dans le schéma classique retenu par les consultants. Le PE est capable d'apporter un plus au fonctionnement de l'hôpital mais sa mise en œuvre n'est pas bien respectée. Par exemple, il était prévu la départementalisation de certains services et la nomination des médecins-chefs avec des missions clairement définies, mais celles-ci n'ont pas eu lieu.....» (SgHopY).

Plus on s'éloigne de l'administration hospitalière pour rejoindre le milieu clinique, le personnel interprète différemment les transformations de la structure. Ce constat semble appuyer plus l'influence des normes professionnelles que des forces institutionnelles qui organisent l'établissement. Les médecins ressentent faiblement l'impact d'une régulation externe qui rentre en conflit avec les mécanismes traditionnels de gestion de leurs services. Les problèmes rapportés sont entre autres : le déficit de communication autour des modifications structurelles (faible interaction entre l'administration hospitalière et les

médecins); la non réactualisation des fonctions des médecins-chefs (les pouvoirs des médecins-chefs et ceux des chefs de services avant la réforme en 2002 ne leur semblaient pas toujours clairs); le pouvoir absolu de l'administration hospitalière qui s'adapte mal à leur contexte de pratique (superposition à la hiérarchie professionnelle celle du Dg et du Dga, centralisation des décisions); la non satisfaction des besoins en matériels de soins. Le manque de concertation mis en avant semblait plutôt cacher une volonté de disposer d'une large autonomie de leurs services vis-à-vis de la direction générale. Ce qui pouvait être difficilement légitimé au regard des principes de la réforme.

La quasi-totalité des médecins (6/7) pouvaient accepter difficilement d'étendre leur compétence dans un domaine non clinique lorsqu'ils n'étaient pas suffisamment convaincus d'un impact positif pour leur pratique. Par conséquent très peu d'entre eux (10%) ont accepté participer.

«Au départ, il n'y'a eu que deux réunions entre les médecins-chefs et les consultants, puis c'était tout. À priori, les médecins savaient que ça n'allait pas marcher. Le projet de réforme des services n'a pas été élaboré selon les règles de l'art. Les consultants ont fait tout seul le travail et à leur convenance (ils ont tout simplement plaqué des modèles importés d'ailleurs). Autrement, les médecins n'ont pas été impliqués à tous les niveaux. Ils s'attendaient à ce qu'on leur explique le nouvel fonctionnement des services de spécialité et que les fonctions et responsabilités définies les dotent d'un pouvoir de décision plus important par rapport à la direction générale. Si pour la mise en route de la réforme des services, les gestionnaires s'étaient impliqués réellement à faire en sorte que les consultants prennent en compte nos attentes, les choses allaient bouger.....Les engagements de départ ne sont pas respectés et cela fait que les professionnels de santé sont frustrés et pessimistes sur l'impact des réformes sur leurs services » (Med3RespSyndicHopY).

Les infirmiers en tant que chefs d'unités s'occupaient de certaines fonctions essentielles comme la coordination des soins; l'ordonnancement des dossiers médicaux, la gestion de l'information sanitaire, l'évaluation du rendement du personnel infirmier et l'organisation des soins infirmiers. Malgré la charge des responsabilités qu'ils assumaient, ils éprouvaient des difficultés pour valoriser leur profession. Les problèmes évoqués étaient la centralisation des décisions auprès de la hiérarchie professionnelle dominée par les médecins (rôle marginal dans les équipes professionnelles); la difficulté de trouver une

structurelle fonctionnelle pour servir de cadre formel de négociation entre eux et l'administration (existence d'un bicéphalisme dans la hiérarchie, le recours au surveillant général d'un côté et de l'autre les médecins). La réceptivité des infirmiers aux forces institutionnelles comme le cadre organique et son impact sur les possibilités d'interaction avec le sommet stratégique influencent fortement leur degré de conformité aux objectifs des changements structurels en cours.

« Les infirmiers font les fonctions de chefs d'unités. Ils sont au four et au moulin pour ce qui est de l'ordonnancement des dossiers médicaux, la gestion de l'information sanitaire, l'évaluation du rendement du personnel infirmier etc... Force est de reconnaître qu'ils ne sont pas récompensés en conséquence. Les cadres organiques et les organigrammes de service élaborés dans le cadre de la réforme ne les citent pas. Les gens en parlent et lors d'une réunion avec les syndicats, certains chefs d'unités étaient fâchés. Ils ont souligné à plusieurs reprises que c'était inadmissible. Nous ne sommes pas associés à la prise de décision. Dans le service d'analyses biomédicales et de néphrologie, il y'a un conflit ouvert entre les chefs d'unité et les médecins-chefs... et pourtant ce sont les chefs d'unités qui font tout le travail administratif et de gestion dans le service. Ils ont été surpris de rencontrer dans leurs unités des infirmiers qui ont été affectés sans qu'ils en soient informés. Les gestionnaires n'hésitent pas à nous dire que les médecins occupent une position centrale dans l'organisation des services. Ils discutent entre eux et pour nous l'information reste uniquement au niveau du médecin-chef » (Inf1ChefHopY).

« .....Face à des plaintes répétées émanant des chefs d'unités, le directeur général a pris une décision qui fait du surveillant général notre interlocuteur. Nous ne comprenons pas une telle décision qui est contraire à nos attentes. Elle est interprétée par beaucoup d'entre nous comme une attitude de mépris à l'endroit des infirmiers. Les gens exigeraient des échanges directs et plus de rôle formel dans les services de spécialité. Une telle situation ne fait qu'accroître le sentiment de marginalisation des chefs d'unités par les médecins-chefs... L'infirmier-chef du service de laboratoire d'analyses biomédicales a dû transposer auprès du directeur adjoint sa demande de bureaux et la formalisation de son rôle dans le service. Le Dga aurait décidé que le médecin-chef l'associe dorénavant à l'accueil, à l'orientation des étudiants et à l'évaluation du rendement du service. On verra la suite » (Inf3SyndicHopY).

### *But et enjeux*

La variation constatée dans le fonctionnement des services de spécialité et d'un groupe professionnel à un autre montre bien l'influence du contexte institutionnel et concernent leur refus aux principes coercitifs de la loi hospitalière ou l'absence de crédibilité à sa source.

De façon générale pour les gestionnaires, l'implication des professionnels de santé à la gestion hospitalière était un principe de la réforme des services afin de maximiser leur engagement pour accroître la performance de l'hôpital. De plus, dans le but de renforcer le contrôle sur la pratique, en 2004 des fiches de fonctions ont été élaborées pour chaque catégorie du personnel. Elles étaient censées clarifier les responsabilités de chaque acteur, les relations hiérarchiques et fonctionnelles. Les médecins ressentaient faiblement l'impact des changements sur le fonctionnement des services. Les médecins-chefs (3/4) revendiquaient la gestion des budgets assignés aux services de spécialité et l'exercice de certaines responsabilités administratives du Dg et du Dga telles que l'affectation, le recrutement et la promotion du personnel. Cette ambition élevée des médecins et la recherche d'une « baronnie traditionnelle » étaient en contradiction avec les objectifs de la transformation de la gestion hospitalière. Elle semblait peu conforme aux buts organisationnels pour le maintien des ressources. Quant aux infirmiers, leur réaction était faible. Ils entendaient disposer de cadre de dialogue directe avec l'administration afin d'accroître leurs responsabilités cliniques.

« Les médecins sont bornés, ils disent tout le temps qu'ils sont les praticiens de l'hôpital. Par conséquent, ils ont du mal à accepter se faire commander par quelqu'un qui a un diplôme inférieur aux leurs d'après eux (c'est-à-dire les gestionnaires). Les chefs de service estiment qu'ils doivent avoir droit à une large autonomie par rapport à la direction générale et bénéficier des mêmes avantages et des mêmes droits que le Dg et le Dga Certains disent qu'ils cumulent des fonctions de producteurs de soins et des activités administratives ce qui les prendrait beaucoup de temps et d'efforts. Par exemple, les médecins-chefs veulent gérer les affectations d'agents, le recrutement etc. Par conséquent, tout ce que les médecins demandent (des équipements et autres matériels de soins etc.), ils exigent que cela soit immédiatement satisfait sans se préoccuper de ce qu'il faut et des capacités financières de l'hôpital » (ChefComptaHopY).

« C'est évident qu'il y'a un changement avec les organigrammes qui ont été élaborés. Les tâches doivent être plus clairement définies et chacun informé du contenu. J'observe dans un premier temps que les gestionnaires sont assez ouverts, ils font parfois des réunions avec les médecins-chefs pour discuter de certains dossiers importants de l'hôpital tels que la formation, certaines constructions de locaux ou des modalités de fonctionnement des équipes professionnelles. Lors d'une réunion tenue en janvier on a décidé que chaque médecin ait au moins un jour de consultation et qu'il consulte en moyenne 20 patients Ce qui devait être une avancée et les gens le respectent depuis. Cependant la direction générale doit aller

plus loin à faire en sorte que les professionnels de santé prennent une part active dans l'exécution du budget, l'organisation et le fonctionnement des services. Les gens doivent collaborer mieux gestionnaires versus médecins-chefs » (Med7HopY). «..... Si pour la mise en route de la réforme des services, les gestionnaires s'étaient impliqués réellement à faire en sorte que les consultants prennent en compte nos attentes depuis le départ les choses allaient bouger. Les engagements de départ ne sont pas respectés et cela fait que les professionnels de santé sont frustrés et pessimistes sur l'impact des réformes sur leurs services » (RSyndic1MedHopY juin 2009).

« .....Face à des plaintes répétées émanant des chefs d'unités, le directeur général a pris une décision qui fait du surveillant général notre interlocuteur. Nous ne comprenons pas une telle décision qui est contraire à nos attentes. Elle est interprétée par beaucoup d'entre nous comme une attitude de mépris à l'endroit des infirmiers. Les gens exigeraient des échanges directs et plus de rôle formel dans les services de spécialité. Une telle situation ne fait qu'accentuer le sentiment de marginalisation des chefs d'unités par les médecins-chefs..... » (Inf3SyndicHopY).

#### *Ressources, stratégies et règles de jeu*

La principale ressource utilisée par les gestionnaires pour suivre l'utilisation des ressources au niveau clinique a été le contrôle sur la répartition du budget alloué selon les priorités préétablis. L'essentiel des problèmes des services étaient référés soit au Dg, au Dga, au Sg ou au Da. Ils (Da et Sg) pouvaient également recourir à des fiches de fonction comme outils d'évaluation de la performance du personnel et des services. Dans les services, le contrôle des décisions cliniques exercé par les professionnels eux-mêmes représentés par les médecins-chefs les confère un pouvoir potentiel de décision face à toutes tentatives de rationalisation de leurs pratiques initiées par les gestionnaires. La quasi-totalité des médecins (5/7) prétendent qu'ils ne sont responsables vis-à-vis de personne à l'hôpital, leur expertise médicale et l'asymétrie d'information étaient également des ressources importantes pour s'opposer aux changements structurels. Les infirmiers étaient dépendants des services des médecins, ils pouvaient faiblement exercer un pouvoir de contrôle sur les décisions médico-administratives.

« Dès notre (le directeur général et son adjoint) prise de fonction, nous avons fixé comme priorité l'élaboration de projets de fiches de fonctions et d'organigrammes de service de commun accord avec l'ensemble des médecins-chefs. Si les fiches de fonction sont bien appliquées, cela devait modifier le fonctionnement des services en indiquant clairement les responsabilités de chacun. Un tel projet demande que les gens s'impliquent et qu'ils ne le sabotent pas. La définition des tâches des

médecins-chefs était une bonne initiative et une nécessité pour la direction générale, pour savoir ce qu'ils font et ainsi fixer les limites dans leurs attributions par rapport à la direction générale. Par exemple, certains médecins-chefs nous ont conseillé de tenir compte dans la description des profils de médecin-chef des compétences universitaires, c'est-à-dire que le médecin-chef devrait être aussi le plus gradé du point de vue universitaire...ça se discute, on verra... » (DgHopY).

« .....Les soins constituent notre raison d'être à l'hôpital. Le médecin ne représente rien sans les soins, les fonctions de gestionnaire pour les médecins-chefs ne semblent pas claires pour tout le monde. Les gens se posent beaucoup de questions sur la sincérité de l'initiative. Lors de nos réunions entre professionnels, certains disent que c'est tout simplement un moyen pour nous distraire afin que la direction générale puisse mieux nous contrôler. Je ne sais pas trop, bien... L'ancienne direction avant la réforme avait tenté une telle aventure sans jamais y arriver » (Revue de trois rapports de réunions interprofessionnelles 2002-2006, P1, 8, 26) (confirmé par Med5ChefHopY).

Dans l'ensemble, la stratégie de l'administration hospitalière par rapport à la transformation des mécanismes de gestion des services de spécialité reflète bien sa définition du rôle des médecins-chefs dans l'établissement. Elle vise à rendre les chefs de services imputables de la gestion des ressources au niveau clinique. Particulièrement, le directeur général voit au nouveau rôle de gestionnaire des médecins-chefs un moyen pour optimiser sa gestion (avoir de la visibilité sur la gestion interne des services, la maîtrise des logiques propres à la production de soins; l'évaluation du rendement des professionnels). Par contre, ces changements ne doivent pas amener les médecins à une présence plus forte dans l'organisation c'est-à-dire à accroître leur rôle décisionnel. Il existerait un risque potentiel de conflit entre les normes professionnelles et syndicales et organisationnelles (prescrites par la loi hospitalière).

La stratégie de réaction des médecins aux changements structurels de leur service témoigne du souci de conserver une forte autonomie professionnelle et une distance importante par rapport à l'organisation. Il y'a des médecins qui regardent la gestion comme subordonnée et ne peut se comparer au statut dédié à la médecine, tandis que d'autres cliniciens (5/7) sont contre le rôle de médecin-gestionnaire car estiment que leurs énergies seront gaspillées dans le processus d'allocation de ressources avec leurs collègues. Et que cela va les éloigner de leurs patients. Ils voulaient maintenir une forte médicalisation des services de spécialité.

La réceptivité des infirmiers aux forces institutionnelles et son impact sur les possibilités d'interaction avec le sommet stratégique influencent faiblement leur degré de conformité aux objectifs des changements structurels. La stratégie de réaction des infirmiers aux nouveaux mécanismes de gestion des services reflète une indifférence qu'ils expriment au regard de la définition des nouveaux rôles et de l'organigramme qui ne les cite pas nommément. Ils souhaitent un équilibre de leur rôle conformément à leur degré d'implication dans les activités médico-administratives sans nécessairement prendre d'initiatives concrètes dans ce sens. Ils bénéficient d'un soutien faible de l'administration hospitalière malgré la mise en place d'une interface (le surveillant général) qui n'est pas facilité par l'opposition des médecins à tout partage de responsabilité clinique avec un autre groupe professionnel.

« Beaucoup de médecins-chefs ont appréhendé le changement de façon négative probablement qu'ils ont eu du mal à se défaire des relations de tensions qu'ils entretenaient avec la direction générale avant la réforme. Ils se montrent peu ouverts au renforcement de leur capacité dans le domaine de la gestion. Par exemple ils ont saboté la formation organisée en gestion qui devait pourtant renforcer leur capacité en les dotant d'outils de gestion. Beaucoup était absent lors des sessions de formation. Les gens semblent craindre de perdre certains privilèges en s'engageant sur des questions autres que clinique. C'est pourquoi ils se focalisent sur l'aspect clinique. Par contre une minorité d'entre eux ont accepté suivre la formation en gestion, ceux-ci réclament des bonus à leur participation » (DgaHopY).

« ..... Dans le service d'analyses biomédicales et de néphrologie, il y'a un conflit ouvert entre les chefs d'unité et les médecins-chefs... et pourtant ce sont les chefs d'unités qui font tout le travail administratif et de gestion dans le service. Ils ont été surpris de rencontrer dans leurs unités des infirmiers qui ont été affectés sans qu'ils en soient au courant..... » (Inf1ChefHopX).

Malgré les réajustements apportés au projet de réforme par le directeur général et son adjoint, le constat général démontre une opposition des professionnels de santé à s'approprier l'innovation. La réforme des mécanismes de gestion des services de spécialité initiée sous la pression de la tutelle semblait plutôt satisfaire les aspirations politiques et répondre à une exigence des partenaires au développement qui en avait fait une conditionnalité explicite de l'aide aux établissements-hospitaliers.

**Tableau 17 : Analyse stratégique du développement de nouveaux mécanismes de gestion des services médicaux dans l'hôpital Y**

	Gestionnaires	Médecins	Infirmiers
<b>Problèmes</b>	<p>Confusion dans les rôles des acteurs et difficulté de suivi de la gestion des ressources déléguées (faible visibilité sur le fonctionnement interne des services de spécialité)</p> <p>Faible possibilité d'accès aux ressources (crédit de formation et d'achat d'équipements médico-techniques) auprès de la tutelle pour la transformation structurelle des services de spécialité inhérent au caractère imposant de la réforme par la tutelle (la mauvaise prévision budgétaire de la réforme et le non respect du schéma de planification des investissements).</p>	<p>Médecins chefs</p> <p>Les objectifs des services semblaient flous et les pouvoirs réels des médecins-chefs n'étaient pas formellement définis.</p> <p>Ils disposaient de peu d'autorité quant à la gestion des ressources dédiées aux services et des activités sur le plan administratif (difficultés pour les médecins-chefs d'exercer la responsabilité déléguée par le directeur général).</p> <p>Pouvoir absolu de l'administration hospitalière (non réactualisation de la fonction de médecin chef).</p> <p>Les services étaient plutôt subordonnés et bénéficiaient de peu de responsabilité formelle déléguée par la direction générale de l'établissement.</p> <p>Autres médecins</p> <p>La non - satisfaction des besoins en matériels de soins (appareils et consommables) qui explique la faible production des soins (ex : service de chirurgie en 2006, le médecin-chef était contraint de solliciter des dons en matériels usagés de chirurgie, pièces de rechange et accessoires d'appareils).</p> <p>Déficit de communication avec la direction générale sur la planification des acquisitions en gros matériels de soins (scanner, appareil de chirurgie cardiaque, faible concertation des médecins avec le directeur général ou son adjoint).</p> <p>Absence de transparence autour de la gestion (suspicion de corruption au niveau de la direction).</p>	<p>La centralisation des décisions auprès de la hiérarchie professionnelle dominée par les médecins</p> <p>Rôle marginal dans les équipes lors des interventions médicales).</p> <p>Restriction à l'exercice de certaines tâches (8 services/17) par les infirmiers comme l'encadrement des étudiants, la gestion des effectifs).</p> <p>Absence de cadre formel de négociation avec l'administration de l'hôpital (tiraillé entre une hiérarchie professionnelle dominée par les médecins et la hiérarchie non professionnelle représentée par le surveillant général servant d'interface avec l'administration hospitalière).</p>
<b>Buts</b>	<p>Réaliser la performance hospitalière par l'implication des professionnels de santé à la gestion afin de maximiser leur engagement.</p> <p>Renforcer le contrôle sur la pratique médicale (Maîtrise des logiques de production propres aux médecins et aux infirmiers) et la mesure de l'ampleur de ressources consacrées aux services (suivi de l'utilisation des ressources et gestion du</p>	<p>Disposer d'une large autonomie vis-à-vis de la direction générale (médecins) de sorte qu'ils puissent exercer un contrôle collectif des décisions administratives qui les affectent. (la gestion des budgets assignés aux services de spécialité et l'exercice de certaines responsabilités administratives telles que l'affectation, le recrutement et la promotion du personnel).</p>	<p>Disposer d'un cadre de dialogue directe avec l'administration hospitalière (accroître les responsabilités cliniques des infirmiers le long de la ligne de soins).</p>



	budget délégué).		
<b>Ressources</b>	<p>Contrôle et répartition du budget selon les priorités des services (ordonnateur délégué du Budget). (DG/DGA/DS/DA).</p> <p>Contrôle important sur la sphère administrative (l'essentiel des problèmes et décisions administratives concernant des services sont référés au directeur général, à son adjoint soit au surveillant général ou au directeur administratif).</p> <p>La mise en place des outils d'évaluation comme les fiches de fonctions élaborées pour chaque catégorie du personnel qui clarifie les responsabilités de chacun, les relations hiérarchiques et fonctionnelles.</p>	<p>Le contrôle sur la pratique médicale : ce sont les spécialistes, ils assurent la direction des équipes professionnelles et le contrôle de l'information clinique à travers l'asymétrie d'information lors de la prise en charge des pathologies.</p> <p>Expertise médicale (les décisions cliniques individuelles des médecins influencent les actions et les décisions de l'hôpital). Ils influencent fortement la production de soins et la prise de décision lors des interventions médicales.</p>	<p>L'exercice de certaines fonctions essentielles (dédiées aux infirmiers <u>chefs d'unité</u>, 5/7) comme la coordination des activités de soins et la gestion de l'information sanitaire, l'évaluation du rendement du personnel infirmier et l'organisation des soins infirmiers</p> <p>Le contrôle sur les soins délégués par les médecins (proximité des lits, 7/7).</p>
<b>Enjeux</b>	<p>- Contrôle de la gestion (imputabilité des médecins-chefs et suivi de l'exécution du budget au niveau des services de spécialité).</p> <p>- Évaluation du rendement du personnel dans les services de spécialité lors des interventions médicales (ponctualité, le volume d'interventions médicales par agent, le degré d'investissement de chaque professionnel dans le cadre des activités routinières des services comme les visites médicales des malades hospitalisés, l'encadrement des résidents et des étudiants) (Surveillant général et Directeur administratif).</p> <p>Risques de conflits entre les normes qui orientent le personnel (normes professionnelles surtout médicale, normes syndicales qui encadrent le travail des professionnels) et les normes prescrites par le projet de réforme inspiré de la loi hospitalière (nouvelle structure telle que la direction générale en charge de la description des tâches et de l'évaluation du rendement des professionnels lors des interventions médicales).</p>	<p>Perte de contrôle sur l'activité clinique et encadrement de l'autonomie professionnelle.</p> <p>Renforcement du pouvoir des médecins-chefs sur les autres professionnels de santé quant à la gestion des ressources des services (rôle d'interlocuteur et de relais entre la direction générale et les autres professionnels de santé, seuls acteurs internes habilités à rencontrer le directeur général ou son adjoint).</p> <p>Gaspillage d'énergie dans le processus d'allocation de ressources avec leurs collègues / risque d'éloignement des patients.</p>	<p>Risque de marginalisation dans l'organisation des services de spécialité car non prévue dans le nouveau cadre organique</p>

Tableau 17 : Analyse stratégique du développement de nouveaux mécanismes de gestion des services médicaux dans l'hôpital Y (suite)

	Gestionnaires	Médecins	Infirmiers
<b>Stratégies</b>	<p>Implantation d'un modèle de gestion déléguée fondé sur une forte collaboration des médecins chefs et des infirmiers chefs d'unités.</p> <p>Procéder à une description de tâches médico-administratives pour les médecins-chefs et les infirmiers chefs d'unité et leur formation en gestion comme préalables au transfert des ressources dans les services de spécialité.</p> <p>Maintenir une implication des médecins-chefs dans la gestion des services : ils sont responsabilisés pour des tâches de gestion telles que l'élaboration des plans de formation, du projet de budget, de l'administration du personnel, du rapport d'activité.</p> <p>Régulation de la direction générale pour certaines fonctions comme les affectations des agents entre les services et les unités, la planification des gardes et des interventions médicales, le choix et l'acquisition des équipements médicaux etc. (Superposer à la hiérarchie professionnelle une hiérarchie on professionnelle celle du DG et du DGA).</p> <p>Mise en place d'une interface pour réguler les relations de la direction générale avec le personnel infirmier (le surveillant général devient l'interlocuteur direct des infirmiers au niveau de la direction générale).</p>	<p>La recherche d'une baronnie traditionnelle</p> <p>Opposer la standardisation de la qualification aux normes de gestion soutenue par les gestionnaires (accès à l'information financière pour les médecins-chefs et aux mêmes avantages que les gestionnaires).</p> <p>Maintenir une forte médicalisation des services de spécialité afin de se mettre à l'abri d'l contrôle administratif éventuel.</p>	<p>Recherche d'un équilibre entre le niveau d'implication médico-administrative des infirmiers (assure l'essentiel des tâches médico-administratives) et les responsabilités cliniques exercées par eux (la prise de décision médicale).</p>

**Tableau 18 : Analyse systémique du développement de nouveaux mécanismes de gestion des services médicaux dans l'hôpital Y**

	Gestionnaires	Médecins	Infirmiers
<b>Zones d'incertitude</b>	<p>Face aux changements structurels dans les services de spécialité, le manque de concertation que les médecins prétextaient semblait plutôt cacher leur volonté à disposer d'une large autonomie de leurs services vis-à-vis de la direction générale.</p> <p>« .....Au départ il y'a eu que <u>deux</u> réunions entre les médecins-chefs et les consultants et c'était tout. Les consultants en ont fait toute seule le travail à leur tête, autrement les médecins n'ont pas été impliqués à tous les niveaux. Ils s'attendaient à ce qu'on leur explique le nouvel fonctionnement des services de spécialité et que les fonctions et responsabilités définies les dotent de plus de pouvoir de décision par rapport à la direction générale.....Les engagements de départ ne sont pas respectés.....» Med6HopY.</p> <p>La coordination entre la ligne hiérarchique et le surveillant général n'était pas simple, sa conséquence était que les infirmiers se trouvent tirailler à la fois entre la hiérarchie professionnelle dominée par les médecins et le surveillant général qui représente le directeur de l'établissement. Ils pouvaient ainsi contourner cette situation d'instabilité organisationnelle pour faire part de leurs doléances directement auprès du DGA comme ce fut le cas au service de laboratoire d'analyses biomédicales.</p> <p>«.... le directeur général a pris une décision qui fait du surveillant général notre interlocuteur. Une telle situation ne fait qu'accroître le sentiment de marginalisation des chefs d'unités par les médecins-chefs.....L'infirmier 5 du service de laboratoire d'analyses biomédicales a du transposer auprès du directeur adjoint sa demande de bureaux et la formalisation de son rôle dans le service. Le DGA aurait décidé que le médecin-chef l'associe dorénavant à l'accueil et à l'orientation des étudiants mais aussi à l'évaluation du rendement du service.... ». Inf 4HopY</p>		
<b>Règles du jeu</b>	<p style="text-align: center;"><b>Règles formelles</b></p> <p style="text-align: center;">Loi hospitalière articles 68-73 (De l'organisation et du fonctionnement des services de spécialité).</p> <p style="text-align: center;">Le projet d'établissement (planification quinquennale des changements structurels dans l'hôpital, 2002/2008).</p> <p style="text-align: center;">Le nouvel organigramme et le cadre organique élaborés obligeaient les médecins-chefs à référer au directeur général et à son adjoint lors de la prise de certaines décisions essentielles (affectations des agents entre les services et les unités, la planification des gardes et des interventions médicales, le choix et l'acquisition des équipements médicaux etc.).</p> <p style="text-align: center;">Fiches de fonctions pour clarifier les responsabilités de chaque acteur, les relations hiérarchiques et fonctionnelles (tentative de formalisation du travail clinique, 2004).</p> <p style="text-align: center;"><b>Règles informelles</b></p> <p style="text-align: center;">Standardisation des qualifications (les médecins s'intègrent difficilement dans un système de règles en dehors des standards qu'ils ont eux même intériorisés durant leur processus de formation).</p>		

<p><b>Relations entre les acteurs</b></p>	<p>Négociation des ententes avec les médecins-chefs pour le transfert des responsabilités du directeur général et la délégation des budgets.</p> <p>Soutien faible des infirmiers pour l'exécution des tâches médico-administratives. Relais pour suivre auprès de leurs collègues infirmiers l'utilisation rationnelle des ressources attribuées aux services comme le matériel de soins, les consommables médicaux etc.</p>	<p>Indifférence face aux infirmiers; hostilité face aux gestionnaires.</p>	<p>Forte cohésion de groupe des infirmiers.</p> <p>Soutien modéré aux nouveaux mécanismes de gestion mise en place dans les services / relation timide avec le directeur général adjoint, collaboration avec le surveillant général.</p>
---	---	--	--

#### ***4.2.2.3 La révision des modes de collaboration interprofessionnelle dans l'établissement Y***

Avant la réforme de 2002, plusieurs services de spécialité se concertaient dans le cadre des staffs collectifs. Ce sont des cadres de rencontres hebdomadaires interservices où les professionnels de spécialités différentes partageaient les informations sur les malades internés dans leurs services respectifs. Ils s'accordaient sur les modalités de leur prise en charge médicale comme c'était le cas du service d'hématologie et de médecine interne en ce qui concerne les malades cancéreux, le service de chirurgie et de gynécologie pour les femmes parturientes qui demandent une intervention chirurgicale, le service de pneumologie et de médecine interne pour les malades souffrant de maladies infectieuses etc.

##### *Définition du problème*

En 2004, plusieurs rapports d'évaluation ont rappelé des insuffisances dans la collaboration interprofessionnelle et ce en dépit des efforts importants déployés par l'état et les partenaires au développement pour moderniser et mettre à niveau le plateau technique des services de spécialité à travers l'acquisition d'équipements ultramodernes comme les endoscopes en chirurgie, les scanners en radiologie, les appareils de dialyse, les endoscopes exploratoires pour effectuer le diagnostic des pathologies de l'œsophage, la duodenospectomie, la coeliochirurgie (cf Rapports d'évaluation 2004 de l'agence nationale d'évaluation des hôpitaux<sup>13</sup>, de l'inspection de la santé<sup>14</sup>). À partir de 2003, les staffs collectifs ont disparu. Chaque service se préoccupait uniquement de la prise en charge de ses propres malades. Les malades étaient ballotés entre les services sans coordination aucune. Suite à ce désengagement des professionnels de santé de façon générale à l'action collective, les différents groupes d'acteurs de l'hôpital ont eu des réactions variables.

Les gestionnaires ont évoqué des problèmes de coordination dans la prise en charge des malades; le déficit de communication interprofessionnelle; et l'existence de clanisme au sein du groupe des médecins. Ce que confirme la majorité d'entre eux (4/7) qui évoquait en

---

<sup>13</sup> Agence Nationale d'Évaluation des Hôpitaux, ANEH. (2004). Rapport d'Étude : Évaluation de la qualité des soins dans l'Hôpital Y. Bamako (Mali). 38

<sup>14</sup> Inspection de la santé, IS. (2004). Rapport d'inspection de la qualité des soins dans l'Hôpital Y. Bamako (Mali). 79

plus des conflits de leadership qui explique les doublons dans plusieurs spécialités tels que la chirurgie A et B, la cardiologie A et B etc; la mauvaise référence des malades entre les services (le même malade pouvait recevoir le même traitement de deux médecins du même service sans que ceux-ci ne se concertent auparavant); les problèmes de partage des valeurs et des normes de pratique des unités ou des spécialités fusionnées. Les infirmiers participaient très peu aux staffs et à la prise de décision médicale, le principal problème évoqué par ce groupe d'acteurs était la marginalisation.

« Le vrai problème demeure le manque de concertation entre les professionnels de santé. En ce qui concerne le service de médecine nous faisons l'encadrement des étudiants-médecins les mercredis. Les vendredis tous les services de médecine (cardiologie, diabétologie, maladies infectieuses etc), les services d'onco-hématologie, et de pneumologie faisaient un staff collectif. Depuis 3 ans, il y'a eu un désintéressement total des gens à ce type rencontre. Ce qui est dommageable pour la qualité des soins. Par exemple, il est arrivé que deux médecins administrent le même traitement sur un même malade sans se parler au préalable. Le malade est ballotté entre plusieurs médecins sans coordination, chacun s'occupe uniquement de son service alors que nous avons des problèmes similaires. Les gens ont des préoccupations personnelles qu'ils mettent avant l'esprit de groupe.....» (Med2HopY).

« ...Il y'a trop de services de spécialité. Certains d'entre eux ont un taux d'occupation des lits très faible, on pourra par exemple les regrouper pour faire des économies d'échelle et avoir de la place pour accueillir les malades. Il y'a suffisamment de querelles internes, l'atmosphère n'est pas du tout apaisée au niveau des services de spécialité » (DgaHopY).

« Par exemple, si mon adjoint au service est arrivé à scinder le service en deux et que le directeur général ait accepté cette division cela est un signe de faiblesse de notre capacité à nous opposer à une décision de la direction de l'hôpital. Il y'a de nombreux cas de services divisés. On peut citer par exemple le cas du Pr BK et B dans le service de psychiatrie, le Pr S et M dans le service de maladies infectieuses, le Pr CS et IT dans le service de radiologie, le Dr BK et LB dans le service de pharmacie etc. Les professionnels de façon générale ne parlent pas de la même voix. Dans tous les cas ce sont les adjoints et les moins gradés qui exigent le partage, il y'a assez de discordances dans les expressions des uns et des autres. Beaucoup de médecins boudaient les réunions de la CME, ce qui fait qu'elle ne fonctionnait pas du tout. Par exemple, Certains médecins-chefs refusent que l'on hospitalise des malades dans leurs services quand d'autres services manquent cruellement de place ou si la prise en charge du patient l'exige. Certains exigent qu'ils soient informés plutôt et que leurs collègues les informent de leurs programmes de travail clinique.

Aussi les services ont du mal à organiser la garde de nuit conformément au programme établi... » (Med4ChefHopY).

«.....C'est sûre que les relations de collaboration interservices étaient teintées par des considérations personnelles. Les services ne communiquent pas beaucoup, chacun fait de son côté ce qui lui va (dans son écurie), c'est individuel. Par exemple, le service d'hémo-oncologie a tendance à se prémunir de l'exclusivité des soins anticancéreux alors que ce service ne peut rien faire sans les autres services comme la chirurgie ou la médecine interne. C'est le cas aussi des médecins du service de médecine interne qui ont des rapports tendus avec le service de pneumatologie. Chacun accuse l'autre de ne pas bien jouer sa partition dans la prise en charge des patients qui demandent les deux spécialités. Les médecins pneumatologues affirment que s'ils émettent un avis sur une décision des médecins internistes, ceux ci le prennent en mal et s'énervent..... Souvent ils font le choix de se conformer à leur choix thérapeutique sans en être suffisamment convaincu. Les gens se plaignent aussi de leur temps d'utilisation des salles opératoires communes à tous les services. Chacun veut avoir à lui seule les salles et les équipements malgré la définition des programmes d'utilisation...» (Inf3SyndicHopY).

Dans le cadre de la révision du mode de collaboration interprofessionnelle et interservices deux changements structurels majeurs sont en cours à savoir : la fusion des équipes professionnelles et la création des départements fondés sur des macro-secteurs de spécialités (exemples : médecine générale, chirurgie générale, laboratoires etc.) donc groupent des unités semblables. Chaque département a un grand degré d'autonomie et leur taille est très significative (c'est comme des hôpitaux dans des hôpitaux).

Les chefs de département jouent une double responsabilité par l'enchaînement entre les services de spécialité et la direction générale de l'hôpital. Les responsables de soins des départements contrôlent les soins, le personnel de support du département, la logistique et le fonctionnement des salles (c'est-à-dire sont responsables des opérations). Dans ce sens, le regroupement d'unités entraîne un changement de direction de la responsabilité déléguée initialement attribuée aux services de spécialité.

En janvier 2006, d'autres mesures ont été prise comme (1) la dépersonnalisation des salles d'opération qui ne seront plus soumises au contrôle d'un seul médecin mais plutôt de plusieurs médecins et services suivant un programme d'utilisation préétabli par la direction

générale; (2) et l'élaboration de protocoles de prise en charge de certaines pathologies définissant le rôle de chaque acteur selon les spécialités.

« Oui, les salles d'opération seront dorénavant communes, donc à la portée de tout le monde. Il y'a eu des notes de service dans ce sens. Au niveau des services, on utilise plus des consignes verbales. Les médecins chirurgiens opéraient les malades sans aucun contrôle de la direction générale, les salles opératoires étaient la propriété du service de chirurgie générale et des chirurgiens. Actuellement, la comptabilité cherche à savoir le nombre de malades opérés et l'utilisation qui est faite des salles. Tout cela a une incidence financière» (SgHopY).

### *But et enjeux*

Le but de l'équipe de direction était de renforcer les rapports de collaboration entre les médecins de spécialité différente et les infirmiers dans le cadre de la prise en charge médicale. De plus, le directeur général et à son staff pouvaient avoir de la visibilité par rapport au rendement des services et mieux assoir un contrôle de la gestion. La standardisation des qualifications mise en avant par les médecins n'arrivait pas à régler tous les problèmes. Les modifications structurelles (départementalisation, fusion des équipes, dépersonnalisation des salles, et l'élaboration de protocoles de prises en charge des malades) pouvaient être difficilement acceptées. Elles semblaient être en contradiction avec les normes professionnelles priorisées et légitimées par les médecins. Le but de la quasi-totalité d'entre eux (5/7) était de préserver leur autonomie de pratique en gardant un contrôle complet sur la sphère clinique (composition des équipes et leur fonctionnement). Quant aux infirmiers, ils aspiraient jouer plus de rôle formel dans les équipes. Rarement et selon la volonté du chef de service, ils (3/7, chefs d'unités) pouvaient s'occuper de la coordination des soins chirurgicaux et de la planification des effectifs lors des interventions chirurgicales.

« Par exemple l'évaluation de leur rendement, la répartition du personnel au sein des équipes professionnelles, la dotation des services en équipement médico-techniques selon un certain niveau de soins exigé de chaque service sont essentiels pour les gestionnaires. C'est pour mettre fin au laisser aller dans les services et afin de savoir qui fait quoi exactement.....» (RDir2HopY avril 2010).

« Pour moi, les changements n'ont pas affecté les relations entre les infirmiers, les médecins et les gestionnaires. Les infirmiers ont rencontré une seule fois la direction générale en occurrence le Dga, cette attitude est frustrante et ne favorise pas le dialogue entre nous. Les médecins veulent nous maintenir en subordination, ce que beaucoup d'entres nous ont refusé. On n'arrive pas à bien cerner la réaction



de la direction générale. Elle ne communique qu'avec les médecins. Tout est centré au niveau du chef de service, ce dernier ne partage pas l'information avec les non-médecins. Nous avons dit au directeur général adjoint que nous n'accepterons pas de second rôle dans les équipes. La situation des infirmiers est restée comme avant. Ils n'ont jamais eu droit à la parole. Seulement dans le cas du service de chirurgie, les médecins ont délégué certaines tâches aux infirmiers...» (Inf6HopY).

« Avec la direction actuelle, je n'ai pas l'expérience de la CME. Sinon par le passé on sortait des réunions de la CME avec un sentiment d'inachevé. Avec la direction générale actuelle, je soupçonne qu'elle soit dans la même tradition de corrompus. Je n'ai pas de preuve pour le moment qui prouve le contraire. Je reproche au président de la commission médicale de cacher l'information, il discute uniquement avec la direction générale, ce qui n'est pas transparent. Les gens doutent de sa sincérité...» (Med5ChefHopY).

### *Ressources, stratégies et zones d'incertitude*

La principale ressource utilisée par l'administration hospitalière pour réussir les changements en cours était le contrôle sur les ressources financières de l'établissement, c'est-à-dire leur allocation et leur répartition entre les départements. La maîtrise de la rationalité de la production de soins et l'ampleur des ressources consacrées aux départements étaient des enjeux importants. Les médecins bien que déchirés par des dissensions internes, déterminaient les choix stratégiques dominants lors des interventions médicales comme la quantité de ressources cliniques et de main d'œuvre. Ce contrôle sur l'activité clinique les dote d'un pouvoir important. Ils pouvaient cependant craindre une perte d'autonomie par la rationalisation de la pratique et une perte des valeurs suite à la fusion des équipes professionnelles. Les infirmiers s'appuyaient sur leur cohésion de groupe pour se faire entendre, on pouvait observer peu d'enjeu quant aux changements structurels en cours.

«... Il a été dit que les salles d'opération seront dorénavant communes. La direction a fait des notes de service dans ce sens. Elles sont affichées. Je me demande si toute fois les gens le respectent » (DgaHopY).

« .... Les infirmiers ont rencontré une seule fois la direction générale en occurrence le Dga. Cette attitude est frustrante et ne favorise pas le dialogue entre nous. Les médecins veulent nous maintenir en subordination, ce que beaucoup d'entres nous refuse. On n'arrive pas à bien cerner la réaction de la direction générale...». (Inf6HopY).

Dans l'ensemble la stratégie de réaction des gestionnaires face aux changements dans le mode de collaboration interprofessionnelle reflète très peu la vision de la réforme. Elle vise plus les aspects financiers qu'humains car les professionnels de santé sont peu associés aux prises de décision les concernant. Le directeur général et son adjoint semblent plus préoccupés par le rendement des services sans infléchir réellement les bases pour déplacer les lignes formelles de partage des activités entre les différentes spécialités. Les médecins (chefs de département) sont responsabilisés sans bénéficier réellement des moyens de leur action. Le manque de conception témoigne du support faible des acteurs aux changements structurels et des initiatives prises pour favoriser les échanges multidisciplinaires et une réorientation des habitudes de pratique. Le projet de réforme du mode de collaboration interprofessionnelle était encore à sa phase expérimentale au moment de notre enquête.

**Tableau 19 : Analyse stratégique de la révision des modes de collaboration interprofessionnelle dans l'hôpital Y**

	Gestionnaires	Médecins	Infirmiers
<b>Problèmes</b>	<p><b>Le désengagement des professionnels de santé à l'action collective</b></p> <p>Déficit de coordination dans la prise en charge des patientes et la mauvaise orientation du malade (le même malade pouvait recevoir le même traitement de deux médecins du même service sans que ceux-ci ne se concertent auparavant).</p> <p>Faible communication entre les services et les professionnels de santé lors des interventions pluridisciplinaires autour de la prise en charge des patients (disparution des staffs collectifs depuis 2003).</p> <p>Conflits d'intérêt à l'intérieur de certaines corporations (développement des systèmes de clan chez les médecins fondé sur des affinités personnelles / refus de reconnaître le rôle des infirmiers lors des interventions médicales).</p>	<p>Mauvaise référence des patients entre les services et les spécialistes (développement des systèmes de clan fondé sur des affinités personnelles entre certains médecins).</p> <p>Conflits de leadership entre médecins (création des doublons de certains services, Ex : cardiologie A et B, chirurgie A et B etc.).</p> <p>Tentative de rationalisation de la pratique clinique (parfois définition de la composition et du fonctionnement des équipes professionnelles par le DGA et choix des acquisitions en équipements médico-techniques sans l'avis des médecins).</p>	<p>Rôle marginal dans les équipes lors des interventions médicales du fait des médecins (les infirmiers participaient très peu aux staffs et à la prise de décision médicale).</p>
<b>Buts</b>	<p>Renforcer les rapports de coopération entre les médecins de spécialité différente et les infirmiers dans le cadre de la prise en charge médicale (déplacer les lignes formelles de partage des activités; entre les services; départementalisation; fusion des équipes professionnelles).</p> <p>Assoir le contrôle de la gestion dans les services de spécialité (avoir de la visibilité par rapport au rendement des services et des équipes professionnelles multidisciplinaires).</p>	<p>Préserver leur autonomie de pratique (composition et fonctionnement des équipes professionnelles, autonomie de pratique lors des interventions médicales).</p>	<p>Accroître les responsabilités cliniques des infirmiers (valorisation de la profession infirmière).</p>
<b>Ressources</b>	<p>-Contrôle sur les ressources financières (allocation des ressources matérielles et du budget au niveau des départements fonctionnels).</p> <p>-Position au sommet de la hiérarchie administrative (représentant du Ministre de la santé au sein de l'établissement, ordonnateur délégué du Budget). (DG/DGA/DS/DA).</p>	<p>Expertise médicale (ils déterminent les choix stratégiques dominants lors des interventions médicales).</p>	<p>-La cohésion de groupe des infirmiers (attitudes stabilisées autour d'une vision commune).</p>

**Tableau 19 : Analyse stratégique de la révision des modes de collaboration interprofessionnelle dans l'hôpital Y (suite)**

	Gestionnaires	Médecins	Infirmiers
<b>Enjeux</b>	<p>-Maitriser la rationalité de la production de soins avec la création des départements fonctionnels (ex : médecine générale, chirurgie générale, laboratoires donc groupent des unités semblables) et l'ampleur de ressources consacrées aux départements (suivi de l'utilisation des ressources et gestion déléguée).</p>	<p>Perte de responsabilité pour les médecins-chefs suite à la départementalisation (un changement de direction de la responsabilité déléguée initialement attribuée aux médecins-chefs services de spécialité).</p> <p>Perte de l'autonomie de pratique à travers la tentative de rationalisation de la pratique (dépersonnalisation des salles, application de protocole écrit, comptage par médecin du nombre de malades opérés, temps d'utilisation des salles et des équipements).</p> <p>- Perte des valeurs et des habitudes de pratique pour les autres médecins-praticiens (4/7) et crainte de conflits interprofessionnels suite a la fusion des équipes dans le cadre de la départementalisation.</p>	
<b>Stratégies</b>	<p>Développement d'une approche multidisciplinaire dans la prise en charge des patients et une plus grande diversité d'intervenants (attribué l'organisation des équipes soignantes aux médecins en plus de la consultation et les infirmiers assurent l'exécution des soins délégués et selon les médecins-chefs et les services confiés la coordination des soins aux chefs d'unité).</p> <p>Rôle d'interface attribué la commission médicale entre les professionnels de santé dans les services et la direction générale pour veiller au respect des normes de pratique et a la répartition des taches selon les catégories professionnelles.</p> <p>Implantation d'un modèle d'intégration clinique avec la fusion des équipes professionnelles par la création de départements fondés sur des macro-secteurs de spécialités.</p> <p>Les chefs de département deviennent imputables (un changement de direction de la responsabilité déléguée initialement attribuée aux services de spécialité).</p> <p>(1) la dépersonnalisation des salles d'opération qui ne seront plus soumises au contrôle d'un seul médecin mais plutôt de plusieurs médecins et services suivant un programme d'utilisation préétabli par la direction générale; (2) l'élaboration de protocoles de prise en charge de certaines pathologies définissant le rôle de chaque acteur selon les spécialités.</p>	<p>Maintenir une forte médicalisation dans les départements de spécialité (désintérêt des chefs de département et des médecins aux directives administratives, plutôt mus par les valeurs des groupes professionnelles)</p>	<p>Consolider leur intégration clinique dans les équipes professionnelles.</p>

**Tableau 20 : Analyse systémique de la révision des modes de collaboration interprofessionnelle dans l'hôpital Y**

	Gestionnaires	Médecins	Infirmiers
<b>Zones d'incertitude</b>	<p>Le changement de direction de la responsabilité déléguée initialement attribuée aux services de spécialité (départementalisation) pouvait difficilement être légitimé par les professionnels de santé au prétexte qu'elle n'apporterait aucune valeur ajoutée à leur pratique professionnelle. Ils priorisaient les choix rationnels dans l'exercice de leurs pratiques courantes et qui guident les comportements face à un cas clinique.</p> <p>« Les médecins-chirurgiens opéraient les malades sans aucun contrôle de la direction générale, les salles opératoires étaient la propriété du service de chirurgie générale seulement et de ses médecins. .... Actuellement la comptabilité cherche à savoir le nombre de malades opérés et l'utilisation qui est faite des salles.....cela à une incidence financière tout ca.... » SgHopY. « ....Chacun accuse l'autre de ne pas bien jouer sa partition dans la prise en charge des patients qui demande les deux spécialités. Les médecins-pneumatologues affirment que s'ils émettent un avis sur une décision des médecins-internistes ces derniers le prennent en mal et s'énervent..... Souvent ils font le choix de se conformer à leur choix thérapeutique sans en être suffisamment convaincu. Les gens se plaignent aussi de leur temps d'utilisation des salles opératoires communes à tous les services, chacun veut avoir à lui seule les salles et les équipements malgré la définition des programmes d'utilisation.....» Med6HopY</p>		
<b>Règles du jeu</b>	<p style="text-align: center;"><b>Règles formelles</b></p> <p style="text-align: center;">Les dispositions de la loi hospitalière ne donnent aucune indication sur la collaboration interprofessionnelle.</p> <p style="text-align: center;">L'autorité déléguée au directeur général de l'établissement par le Ministre de la santé l'autorise à effectuer des changements structurels internes pour assurer une bonne production de soins dans les services de spécialité.</p> <p style="text-align: center;"><b>Règles professionnelles informelles</b></p> <p style="text-align: center;">La standardisation des qualifications n'arrivait donc pas à régler tous les problèmes, ceci semble légitimer les tentatives de contrôle de gestion défendues par l'administration de l'hôpital.</p> <p style="text-align: center;">La coopération entre les médecins fondés sur des affinités personnelles que certains d'entre eux ont établies (les références des malades de médecin à médecin en personne).</p>		
<b>Relations entre les acteurs</b>	<p>Appui sur les médecins-chefs de département comme médiateurs auprès de leurs collègues médecins et infirmiers pour le respect des normes de pratiques établies par la direction générale (organisation et fonctionnellement des équipes professionnelles).</p> <p>Peu collaboratif avec les infirmiers pour l'exécution des tâches médico-administratives.</p>	<p>Clivages entre les médecins (cohésion de groupe faible et conflits interprofessionnels) / indifférence face aux infirmiers; hostilité avec les gestionnaires.</p>	<p>Cohésion de groupe maintenu, engagé à collaborer avec les gestionnaires notamment pour l'exécution des tâches médico-administratives (infirmiers chefs d'unité) / Soutien faible du directeur général et de la majorité des gestionnaires. Hostilité parfois conflits avec les médecins.</p>

La section qui suit présente l'analyse transversale de la logique de la réforme hospitalière et des réactions des groupes d'acteurs aux différents changements structurels effectués dans les deux cas de l'étude.

## **Chapitre 5 Analyse transversale**

### **5.1. Analyse de la logique de la réforme hospitalière dans les établissements hospitaliers X et Y**

Les changements structurels prévus par la réforme de décentralisation étatique mise en œuvre en 2002 au Mali ont été effectués à des degrés de réalisation presque similaires dans les deux établissements hospitaliers. Les similitudes observées dans les deux cas ont concerné l'autonomie administrative et financière, l'implication des populations locales à la gestion hospitalière, et l'intégration des services médicaux avec parfois des petites initiatives prises selon chaque direction générale.

L'analyse transversale permet d'effectuer à partir des transformations structurelles un regard croisé sur les résultats de l'analyse intra-cas effectué dans les deux hôpitaux publics présentés dans les paragraphes précédents. Le tableau récapitulatif 21 présente à la fin de cette section les principaux résultats obtenus à partir de l'analyse de l'intention politique de la réforme hospitalière de 2002, les mécanismes mis en place et les transformations réellement effectuées dans les deux hôpitaux.

#### **5.1.1 La logique de l'autonomie administrative et financière**

Globalement, selon l'importance des responsabilités attribuées à l'hôpital public, les *effets recherchés* par l'autonomie administrative et financière dans les deux hôpitaux était (1) une délégation de fonctions définis par la tutelle du Ministre de la santé vers l'hôpital public à travers l'obtention de recettes et l'attribution théorique du budget de l'état, l'attribution de rôles administratifs formels aux médecins-chefs et l'assignation de ressources à leur niveau, (2) la délégation vers les établissements hospitaliers privés de services prédéfinis par la tutelle et l'hôpital contractant et (3) la déconcentration de la gestion du personnel, la mobilisation et l'exécution des budgets qui allaient rester centralisées auprès du Ministre de la santé et celui des finances. Les *mécanismes* mis en place dans les deux établissements traduisent plutôt une déconcentration notamment pour ce qui est de la mobilisation, l'exécution et le contrôle des budgets des hôpitaux. Par exemple, le budget d'état était

domicilié au trésor public, son exécution se fait par et sous le contrôle d'un comptable public et d'un contrôleur financier qui représentent le Ministre de la santé et celui des finances. Parallèlement, un mécanisme proche de la délégation était envisagé à travers un contrat (projet d'établissement) qui lit le ministère de la santé et l'hôpital public. Les *transformations* réelles effectuées au sein des deux établissements hospitaliers semblent traduire une déconcentration et une délégation. Le Ministre de la santé gardait une main forte sur la gestion financière et la gestion du personnel tandis que l'hôpital public pouvait faire des recettes à partir du recouvrement partiel des coûts des soins auprès des usagers sous le contrôle de l'état. Les directeurs généraux des deux établissements rendent compte directement de leur gestion au Ministre de la santé et/ou à son secrétaire général (vice Ministre de la santé).

### **5.1.2 La logique de l'implication des populations locales à la gestion hospitalière**

Selon l'importance des responsabilités attribuées à l'hôpital public, *l'intention politique recherchée* par l'implication des populations locales à la gestion des deux établissements hospitaliers était une dévolution des pouvoirs de la tutelle au conseil d'administration avec la présence quasi exclusive des représentants des collectivités locales et les élus locaux en son sein. Ils allaient participer au financement de l'hôpital public et effectuer un contrôle de la gestion. Par contre, l'essentiel des fonctions allait rester centralisé auprès du Ministre de la santé notamment la gestion financière de l'établissement, la gestion des ressources humaines, la définition des orientations stratégiques de l'établissement et des objectifs à poursuivre. Il s'agit là d'une déconcentration avec quelques fonctions qui allaient être déléguées auprès du directeur général de l'établissement comme par exemples l'obtention de recettes, la planification et l'affectation interne des ressources opérationnelles par le conseil d'administration. Les *mécanismes* mis en place combinent quelques caractéristiques de la dévolution limitées à la mise en place du conseil et à la présence majoritaire des populations locales en son sein, la définition d'un calendrier des ses sessions statutaires annuelles, en plus de certaines fonctions déléguées notamment l'obtention de recettes et enfin des éléments d'une déconcentration à travers le contrôle complet de la tutelle sur les décisions qui concernent les finances, les ressources humaines et l'orientation stratégique de l'établissement. *Les transformations* inhérentes à l'implication des populations locales à



la gestion hospitalière ont concerné la présence quasi exclusive de ces derniers en son sein et le retrait du Ministre de la santé de sa présidence, et la tenue de ses deux réunions statutaires consacrées à l'examen des prévisions budgétaires et à l'évaluation du rapport d'activités du directeur général. Les fonctions essentielles comme par exemple la gestion des ressources financières (mobilisation et exécution des budgets), la gestion des ressources humaines (recrutement, avancement, affectation, sanction et motivation etc.) et l'orientation stratégique de l'établissement étaient restées déconcentrées auprès de la tutelle. Un contrat d'objectif et de moyen (projet d'établissement) a été signé entre le Ministre de la santé et l'hôpital public, il a permis une délégation de certaines fonctions comme par exemple l'obtention de recettes encadrées par l'état, l'affectation interne du personnel entre les services, l'approvisionnement en petits matériels médicaux et consommables de soins.

### **5.1.3 La logique de l'intégration des services de spécialité**

Selon l'importance des responsabilités attribuées à l'hôpital public, *l'effet recherché* par l'intégration des services de spécialité était la délégation des responsabilités du directeur général auprès des médecins-chefs et l'implication de leurs collègues médecins et infirmiers à la gestion. Ce qui devrait faciliter un contrôle de proximité de l'activité clinique et l'amélioration de la qualité des soins. Par exemple, l'assignation et la gestion des ressources matérielles (le matériel de soins) et humaines (l'affectation interne, la coopération interprofessionnelle, la planification des interventions médicales) transférées aux services de spécialité et aux départements. Il s'agissait là d'un prolongement du processus de délégation de fonctions définis par la tutelle auprès du directeur général de l'hôpital. Cependant, d'importantes fonctions allaient demeurer centralisées auprès du Ministre de la santé comme la gestion du personnel (recrutement, sanctions disciplinaires, motivation, nominations), des ressources financières (mobilisation, exécution et contrôle), la création des départements fonctionnels. *Les mécanismes* mis en place ont été la mise en place d'une commission consultative de gestion pour les médecins et les infirmiers, la nomination par le directeur général des infirmiers-chefs d'unité en charge de la coordination de soins, le regroupement dans le même bloc de certains services et unités en grand pôle de spécialité. Spécifiquement, dans le cas de l'hôpital X, il a été procédé à (1) la formation des médecins-chefs en gestion, (2) la création de département par la tutelle pour

le regroupement des services en grand bloc de spécialité et la fusion des équipes professionnelles, (3) la création de cadres de rencontres interprofessionnelles et le renforcement des capacités techniques des départements à travers la formation continue des professionnels de santé. Dans l'établissement Y, il a été procédé à (1) l'élaboration des fiches de fonction pour les médecins-chefs et les chefs d'unité, (2) l'élaboration d'organigramme et la mise en place d'un organigramme et d'un cadre organique pour les services et les départements, (3) et l'adoption d'un règlement intérieur censé moraliser la pratique professionnelle. Ces mécanismes sont proches des caractéristiques de la délégation alors que les caractéristiques des transformations structurelles effectuées au sein des deux hôpitaux traduisent plutôt une déconcentration. Il s'agit notamment de la gestion des budgets et l'essentiel de la gestion des ressources humaines qui étaient centralisés auprès du Ministre de la santé. Cette centralité a été en lien avec l'inexistence des modalités pratiques et d'un cadre juridique qui définissent l'assignation des ressources de la direction générale des établissements hospitaliers vers les départements ou les services de spécialité. Parallèlement à cette déconcentration, certaines petites initiatives propres ont été prises par les directions générales des deux établissements publics hospitaliers comme le cas (1) de l'hôpital X où le directeur général tenait informer les médecins-chefs de l'enveloppe budgétaire consacrée à l'achat du matériel médical et les invitait à faire l'expression des besoins tandis que, (2) dans l'établissement Y, ils savaient l'enveloppe budgétaire consacrée à la formation continue des professionnels de santé et étaient associés à l'expression des besoins de formation.

En conclusion générale, la réforme de décentralisation étatique mise en oeuvre en 2002 dans les deux établissements publics hospitaliers maliens semblait traduire plutôt de façon globale un écart important entre l'intention politique de départ et les transformations réellement effectuées dans les hôpitaux. La logique traduit le passage de la délégation vers une déconcentration qui est jugée comme étant la forme la moins poussée d'une décentralisation.

La section qui suit présente le tableau 21 qui fait le récapitulatif des similitudes et des différences dans la logique de la réforme hospitalière mise en oeuvre en 2002 dans les établissements publics hospitaliers X et Y.

Tableau 21 : Analyse transversale de la logique de la réforme hospitalière dans les établissements hospitaliers X et Y

Changement structurel / Type de décentralisation			
	Intentions politiques	Mécanismes en place	Transformations réalisées
<b>Autonomie administrative &amp; financière</b>	<p>(1) Obtention de recettes et l'attribution théorique du budget de l'état, l'attribution de rôles administratifs formels aux médecins-chefs et l'assignation de ressources à leur niveau (<b>délégation</b>).</p> <p>(2) Convention avec les établissements hospitaliers privés selon des services prédéfinis par la tutelle (<b>privatisation, plutôt délégation vers le privé</b>).</p> <p>(3) La gestion du personnel, la mobilisation et l'exécution des budgets sous la supervision du Ministre de la santé et de celui des finances (<b>déconcentration</b>).</p>	<p>(1) La mobilisation, l'exécution et le contrôle des budgets des hôpitaux référés au Ministre de la santé et de celui des finances (présence d'un contrôleur financier et d'un comptable public) (<b>déconcentration</b>).</p> <p>(2) La gestion des ressources humaines référée au Ministre de la santé (<b>déconcentration</b>).</p> <p>(3) Un contrat (projet d'établissement) qui lit le ministère de la santé et l'hôpital public (<b>délégation</b>).</p>	<p>(1) la gestion des ressources financières, humaines sous contrôle complet du Ministre de la santé (ordonnateur des budgets) (<b>déconcentration</b>).</p> <p>Obtention de recettes à partir du recouvrement partiel des coûts des soins auprès des usagers sous le contrôle de l'état (contrôleur financier et comptable public) (<b>délégation</b>).</p>
<b>Implication des populations locales</b>	<p>(1) Implication des populations locales à la gestion; présence quasi exclusive des représentants des collectivités locales et les élus locaux au sein du conseil d'administration; participation des collectivités locales au financement de l'hôpital (<b>dévolution</b>).</p> <p>(2) La gestion financière de l'établissement, la gestion des ressources humaines, la définition des orientations stratégiques de l'établissement et des objectifs à poursuivre par la tutelle (<b>déconcentration</b>).</p> <p>(3) Obtention de recettes, la planification et l'affectation interne des ressources opérationnelles par le conseil d'administration et le directeur général (<b>délégation</b>).</p>	<p>(1) La mise en place du conseil, présence majoritaire des populations locales en son sein, définition d'un calendrier des ses sessions statutaires (<b>dévolution</b>).</p> <p>(2) Obtention de recettes sous contrôle du conseil et de la tutelle (<b>dévolution</b>).</p> <p>(3) Contrôle complet de la tutelle sur les finances, les ressources humaines et l'orientation stratégique de l'établissement (<b>déconcentration</b>).</p>	<p>(1) Présence quasi exclusive des populations locales au sein du CA et le retrait du Ministre de la santé de sa présidence, et la tenue de ses deux réunions statutaires annuelles consacrées à l'examen des prévisions budgétaires et à l'évaluation du rapport d'activités du directeur général (<b>dévolution</b>).</p> <p>(2) La gestion des ressources financières (mobilisation et exécution des budgets), la gestion des humaines (recrutement, avancement, affectation, sanction et motivation) et l'orientation stratégique de l'établissement centralisées auprès de la tutelle (<b>déconcentration</b>).</p> <p>- Un contrat d'objectif et de moyen (projet d'établissement) a été signé entre le Ministre de la santé et l'hôpital public, une délégation modérée de fonctions comme l'obtention de recettes encadrées par l'état, l'affectation interne du personnel entre les services, l'approvisionnement en petits matériels médicaux et consommables de soins (<b>délégation</b>).</p>

	Intentions politiques	Mécanismes en place	Transformations Effectuées
Intégration des services médicaux	<p>(1) Assignation et la gestion des ressources matérielles (le matériel de soins) et humaines (l'affectation interne, la coopération interprofessionnelle, la planification des interventions médicales) transférées aux services de spécialité et aux départements (<b>délégation ou prolongement de la délégation de la tutelle au DG</b>).</p> <p>(2) La gestion du personnel (recrutement, sanctions disciplinaires, motivation, nominations), des ressources financières (mobilisation, exécution et contrôle), la création des départements fonctionnels centralisé auprès de la tutelle (<b>déconcentration</b>).</p>	<p>(1) Mise en place d'une commission consultative de gestion (CME &amp; CSIO) pour les médecins et les infirmiers, la nomination par le directeur général des infirmiers chefs d'unité en charge de la coordination de soins, le regroupement dans le même bloc de certains services et unités en grand pôle de spécialité (départements) (<b>délégation</b>).</p> <p>- (a) Formation des médecins-chefs en gestion, la création de département par la tutelle pour le regroupement des services en grand bloc de spécialité et la fusion des équipes professionnelles, la création de cadres de rencontres interprofessionnelles et formation continue des professionnels de santé (<b>cas 1</b>)</p> <p>(3) (b) Élaboration des fiches de fonction pour les médecins-chefs et les chefs d'unité, élaboration d'organigramme et la mise en place d'un organigramme et d'un cadre organique pour les services et les départements, et adoption d'un règlement intérieur censé moraliser la pratique professionnelle (<b>cas 2</b>).</p>	<p>(1) La gestion des budgets et l'essentiel de la gestion des ressources humaines étaient centralisés auprès du Ministre de la santé (<b>déconcentration</b>).</p> <p>(2) Petites initiatives propres ont été prises par les directions générales vers les services (<b>délégation</b>):</p> <p>- (a) les médecins-chefs informés de l'enveloppe budgétaire consacré à l'achat du matériel médical et les invitait à faire l'expression des besoins (<b>cas 1</b>);</p> <p>- (b) les médecins-chefs informés de l'enveloppe budgétaire consacrée à la formation continue des professionnels de santé et associés à l'expression des besoins de formation (<b>cas 2</b>).</p>

## **5.2 Les réactions des groupes d'acteurs face aux changements structurels de la réforme hospitalière au sein de l'hôpital X et de l'hôpital Y**

Chaque établissement a mis en place les changements structurels prévus par la réforme de 2002 parfois à des degrés de réalisation variable. Les changements concernent surtout les modifications de structure. Elles ont concerné les rôles des acteurs dans la définition des orientations stratégiques de l'établissement, les mécanismes de gestion des services médicaux, et les modalités de la collaboration interprofessionnelle. Les principales différences se sont observées dans la détermination des enjeux et le choix des stratégies utilisées par les acteurs pour influencer les transformations structurelles, et parfois dans la définition du problème lié à un changement structurel. L'analyse transversale (tableaux récapitulatifs 22 et 23 ci-dessous) permet d'effectuer à partir des changements structurels un regard croisé sur les résultats de l'analyse stratégique et systémique effectuées dans les deux cas sous étude.

En général, les réactions des acteurs ont été peu variables d'un établissement à l'autre. Cette section présente les principaux résultats obtenus selon un niveau d'analyse stratégique et systémique.

### **5.2.1 Les réactions des acteurs de l'hôpital face aux changements dans leurs rôles dans l'orientation stratégique de l'établissement**

#### ***5.2.1.1 Réaction des acteurs face aux changements de leurs rôles selon un niveau d'analyse stratégique***

L'objectif de la révision de la composition du conseil était que les établissements hospitaliers puissent passer de l'autogestion à la cogestion avec les populations locales. Les représentants des collectivités territoriales et les élus locaux devraient définir la politique des établissements.

Les problèmes identifiés suite à la révision du rôle des acteurs dans l'orientation stratégique de l'établissement sont différents selon chaque groupe d'acteurs avec quelques spécificités selon les établissements. Dans les deux cas, pour la majorité des gestionnaires (8/10) le problème principal était la forte centralisation des décisions auprès du Ministre de la santé et ce malgré l'autonomie théorique accordée au conseil d'administration. Elle explique les

coups budgétaires incessantes et l'incapacité des administrations hospitalières à satisfaire parfois la demande interne des services. Les médecins comme les infirmiers dans leur grande majorité ont décrié la régulation externe imposée par la nouvelle structure du conseil d'administration du fait de leur absence de sa composition. Ils ne pouvaient plus interagir ni négocier avec les administrateurs du conseil et les gestionnaires.

Dans l'établissement X, certains médecins (4/7) ont évoqué la rationalisation de leur pratique suite à l'imposition par le CA d'un quota d'actes par médecin tandis que  $\frac{3}{4}$  des médecins de l'établissement Y regrettaient le rallongement du délai dans la prise de décision qui expliquerait le retard dans la satisfaction de la demande interne. Les infirmiers à l'unanimité ont déploré le peu d'intérêt des administrateurs aux problèmes spécifiques à leur profession comme leur absence de la composition des équipes professionnelles et la pénurie en effectif dans le cas de l'établissement X. Dans les deux établissements, l'influence de la tutelle du Ministère de la santé sur la prise de décision est mise en évidence, le système reste fortement hiérarchisé. Malgré les initiatives prises par l'administration des deux établissements comme la restauration du comité de gestion dans l'établissement Y et la présence sporadique des médecins dans le comité de direction dans l'établissement X, la recomposition du conseil est vécue comme une entrave à l'autonomie. Et pourtant, elle devrait doter les deux établissements d'une grande souplesse dans leur gestion administrative et financière.

Le but du groupe des gestionnaires était d'assurer la performance de l'établissement et maintenir un contrôle important sur les grandes décisions. Dans les deux cas, la prévention des conflits organisationnels semblaient être un but important, les Dg entendaient garder le dialogue avec les cliniciens suite à leur absence du CA. L'adoption d'un règlement intérieur dans l'établissement X avec le concours des syndicats a été en faveur du maintien d'un climat social apaisé. Les médecins tenaient à garder un contrôle important sur les décisions médico-administratives qui affectent leurs services notamment l'organisation de la pratique médicale, la composition et le fonctionnement des équipes professionnelles. Dans l'établissement Y, la majorité d'entre eux (6/7) manifestaient peu d'intérêt pour la gestion. Au niveau de l'hôpital Y, il n'y a pas d'évidences sur le but des infirmiers quant à

la révision de leur rôle dans l'orientation stratégique de l'établissement, par contre à l'unanimité ils entendaient assumer plus de responsabilité le long de la ligne de soins dans l'hôpital X.

La principale ressource utilisée par le groupe des gestionnaires pour réussir les changements en cours était le contrôle sur les ressources financières de l'établissement (ordonnateur délégué du budget par la Tutelle), c'est-à-dire leur allocation et leur répartition entre les départements. Dans les deux cas, le Dg et de son staff (Dga, Ds, ChefCompta, Sg) détenaient l'information stratégique pertinente du fait de leur présence lors des sessions du conseil d'administration comme le stipule les articles 68-73 de la loi hospitalière. Les médecins bien que déchirés par des dissensions internes (hôpital Y), déterminaient dans les deux cas les choix stratégiques dominants lors des interventions médicales comme la quantité de ressources cliniques et de main d'œuvre. Ce contrôle sur l'activité clinique était donc une ressource clé pour parvenir à leur but. Les  $\frac{3}{4}$  des infirmiers s'appuyaient sur le contrôle de l'activité médico-administrative des services comme la tenue des effectifs, l'ordonnancement des dossiers médicaux, l'élaboration des rapports de service, et la coordination des soins infirmiers. L'accès à cette ressource semblait plus facilité dans l'hôpital X alors que les médecins-chefs faisaient une restriction à leur marge de liberté et d'initiative selon beaucoup d'entre eux (5/7) occupant des positions de chefs d'unité dans l'hôpital Y.

Le principal enjeu évoqué par le groupe des gestionnaires des deux hôpitaux face à la recomposition du conseil était leur perte d'autorité auprès des cliniciens du fait des contraintes budgétaires imposées par la tutelle (coupures et rallongement des délais d'approbation etc.). Ceci est malgré le fait qu'ils se trouvent à l'abri des contestations et des critiques avec l'absence des professionnels de santé de sa composition. Les directeurs généraux et leurs adjoints pouvaient accéder à l'information stratégique bien que cela ne puisse fondamentalement renforcer leur pouvoir d'action. L'importance des possibilités d'interaction avec les professionnels de santé est mise en évidence dans l'hôpital X où le DG s'efforce depuis 2002 suite à la suppression du comité de gestion d'accepter selon le besoin la présence de quelques médecins lors des réunions de direction. L'enjeu à la perte

de représentativité des médecins et des infirmiers dans le conseil était la limitation d'accès aux ressources cliniques, à l'unanimité ils regrettaient de ne pas pouvoir négocier directement avec les administrateurs du conseil et faire contrepoids aux décisions. La quasi-totalité des infirmiers des deux cas ont évoqué le risque de non prise en compte de leurs préoccupations spécifiques à savoir la pénurie en main d'œuvre infirmière et la formalisation de leurs rôles le long de la ligne de soins.

#### ***5.2.1.2 Les projets stratégiques et réaction des acteurs à la modification de leurs rôles dans l'orientation stratégique de l'établissement hospitalier***

Dans l'ensemble, le personnel gestionnaire des deux établissements se conforme aux changements structurels intervenus dans la composition du conseil. L'adhésion du personnel clinique est quant à elle variable. Selon les données recueillies, l'adhésion pourrait varier avec le groupe professionnel, avec le but, mais aussi pour les enjeux défendus c'est-à-dire ce qu'ils risquent de perdre ou de gagner (tableau 22, c2-4).

#### *Le soutien de la direction générale*

Les deux cas ont mis en évidence le soutien de leur direction générale respective pour la mise en place des changements structurels. Ils étaient imputables face aux autorités (la tutelle), leurs projets stratégiques conformes aux objectifs de la loi hospitalière étaient parfois combinés à des choix de gestion interne (recherche d'alternative de dialogue avec le personnel) avec des initiatives personnelles des Dg pour atteindre les objectifs de la réforme. Par exemple, les directions ont facilité la participation des professionnels de santé à la prise de décision interne (exemple : élargissement sporadique du comité de direction aux professionnels de santé dans le cas de l'hôpital X et la restauration du comité de gestion dans l'hôpital Y). Elles ont aussi tenu certaines réunions avec les chefs de service et les chefs de département qui assument les responsabilités déléguées de la direction générale. Les stratégies pour réussir la recomposition du CA ont été de montrer au personnel l'intérêt de maintenir le dialogue entre la sphère clinique et la direction générale (tous les médecins et infirmiers) par exemple par l'implication directe du Dg dans l'hôpital X, par l'existence d'un intermédiaire (le surveillant général) entre les infirmiers et le Dga et ce en raison des rapports tendus avec les médecins-chefs à l'hôpital Y.



*Des médecins, partagés entre une implication administrative plus importante et la préservation de leur autonomie de pratique.*

Les médecins et les infirmiers n'ont pas été suffisamment sensibilisés dans les deux hôpitaux à la nouvelle configuration du conseil. Ils l'ont tout simplement appris. La conception et le partage de l'information a eu lieu entre les directeurs généraux et le Ministre de la santé. Au niveau de l'établissement X, l'appui des syndicats a été sollicité une fois pour informer le personnel des obligations de la loi et de son impact éventuel sur les relations interpersonnelles. Les médecins ont majoritairement le souci de jouer un rôle administratif plus important dans la prise décision stratégique (uniquement dans le but d'effectuer un contrôle collectif des décisions susceptibles de les affecter) tout en préservant leur autonomie et leur pratique qui sont régies par des normes qu'ils ont établies. Dans les deux cas, les données collectées ont révélé une réaction offensive, plus accrue dans le cas de l'établissement X (renforcer leur implication administrative dans la prise de décision stratégique) et défensive (préserver leur autonomie de pratique). Dans leur majorité (11/14), ils ne semblaient pas adhérer au projet de réforme du rôle des acteurs dans l'orientation stratégique de l'établissement. Le manque de concertation et la démarche des consultants en charge de la conception de la réforme jugée loin des préoccupations des médecins peuvent être la raison de leur refus à cette composante de la loi hospitalière. En général, les syndicats interrogés sont opposés à la nouvelle configuration du conseil et à la présence presque exclusive d'acteurs externes qui semblaient peu sensibilisés aux problèmes de fonds de l'hôpital.

*Des infirmiers, à la recherche d'une valorisation de leur rôle*

Le soutien du personnel infirmier était fonction du climat de confiance à l'administration hospitalière et du niveau de sensibilisation. Les résultats concernant les infirmiers (infirmiers-chefs, infirmiers) ont mis en évidence une plus grande adhésion de certains d'entre eux (5/7) notamment dans l'établissement X comparée à celle des médecins dans les deux cas. Habituellement dans les hôpitaux, l'exécution des tâches médico-administratives telles que la gestion de l'information sanitaire, l'élaboration des rapports de service, la coordination des soins, et la tenue des effectifs étaient sous la responsabilité

du groupe des infirmiers. De façon générale, ils ont été plus accessibles en termes de sensibilisation aux orientations de la réforme. Cependant, les résultats ont tout de même confirmé que le niveau de conformité aux objectifs de la recomposition du conseil aux projets stratégiques de ce personnel pouvait être variable selon les établissements. Les attentes communes ont été la recherche de l'autonomie professionnelle et d'un équilibre entre le degré d'investissement des infirmiers pour les activités médico-techniques et le rôle qui leur est dédié dans la prise de décision. Le plus souvent leur attitude a été associée au mépris des médecins à l'endroit du personnel infirmier qui existe dans les hôpitaux bien avant la réforme. Ce sentiment de mépris est aussi relié à la pénurie de ce personnel aux prises avec des conflits de compétence avec les résidents. Globalement, les interrogés ont relevé un souci de valoriser leur profession par une participation plus importante à la prise de décision stratégique et clinique.

Il est bon de préciser que dans chaque établissement à l'étude, les zones d'incertitude n'ont pas été clairement mises en évidence à partir des données empiriques collectées. Nous avons seulement remarqué dans les propos de certains médecins et des gestionnaires (Dga, Ds, Sg) que le contrôle que les médecins effectuaient sur les informations cliniques semblait contraindre parfois le directeur général dans sa prise de décision (blocus effectué en 2003 sur les rapports de service de l'hôpital X en vue de leur compilation pour les sessions du conseil). Cette décision visait pour les médecins à accéder à l'information financière c'est-à-dire au résultat financier des actes médicaux. Dans l'établissement Y, avec la restauration du comité de gestion, le directeur général pouvait se prévaloir face à la tutelle d'avoir associé le personnel à sa prise de décision. Même si cela ne semblait pas le doter véritablement d'un pouvoir de négociation, il disposait d'une certaine marge de manœuvre quant à la répartition et à l'exécution du budget entre les services de spécialité.

La loi hospitalière dans ses articles 57-67 fixe la composition et le fonctionnement du conseil. Elle s'imposait aux deux établissements. Cette loi était renforcée par d'autres règles formelles qui organisent l'établissement et définissent le cadre d'interaction des acteurs (règlement intérieur, organigramme, cadre organique, lettre de mission, etc.). Selon chaque établissement, d'autres normes informelles ont été valorisées comme la régulation

de la pratique clinique (fixation de quotas d'actes par médecin dans l'établissement X) et la restauration du comité de gestion dans le cas de l'établissement Y.

La recomposition du conseil semblait fortement affecter les rapports interpersonnels avec parfois des relations tendues entre la direction générale et les médecins et l'indifférence de ces derniers face aux infirmiers qui dans les deux cas étaient fortement dépendants de leurs services.

### **5.2.2 Les réactions des acteurs de l'hôpital face à la révision des mécanismes de gestion des services médicaux**

L'objectif de la révision du mode de gestion des services était d'arriver à une autonomie administrative et financière de l'établissement hospitalier à travers la délégation budgétaire et l'implication des professionnels de santé à la gestion. Tous les sites ont tenté à des degrés divers d'implanter un modèle de gestion délégué en transférant une partie des ressources qui traditionnellement étaient sous un contrôle complet de la direction générale. Les médecins et les infirmiers devraient être capables d'assumer les nouvelles responsabilités liées au changement dans le mécanisme de gestion de leurs services. Selon chaque hôpital, les différents groupes d'acteurs ont eu des réactions variées qui sont rapportées selon un niveau d'analyse stratégique et un niveau systémique.

#### ***5.2.2.1 Réaction des acteurs face à la révision des mécanismes de gestion des services médicaux selon un niveau d'analyse stratégique***

Le changement des mécanismes de gestion des services médicaux faisait suite à des problèmes identifiés selon chaque groupe d'acteurs qui entravait fortement le fonctionnement des services de spécialité. Dans les deux établissements les problèmes sont variés.

Au niveau des deux hôpitaux, selon les directeurs de soins confirmés par plusieurs rapports d'audit et de contrôle (rapports annuels 2003/2004 d'inspection; Cf, extraits 5/7 rapports de direction 2003/2006), il existerait une ambiguïté dans les rôles des acteurs et une confusion dans l'exécution des responsabilités administratives entre la direction générale et les

services de spécialité. Les directeurs généraux dans les deux cas affirmaient qu'ils éprouvent des difficultés de suivi de l'exécution du budget et de l'utilisation des ressources matérielles au niveau des services de spécialité. L'essentiel des tâches médico-administratives dans les services de spécialité comme l'évaluation du rendement des professionnels, l'ordonnancement des dossiers médicaux, la gestion des ressources matérielles étaient parfois effectuées par les infirmiers et ou les médecins ou n'étaient tout simplement sous aucune responsabilité. Dans les deux cas, certaines initiatives ont été prises pour former les médecins-chefs en gestion. À la différence de l'établissement Y où quelques uns d'entre eux (2/7) ont manifesté la volonté d'étendre leur compétence, majoritairement ils ont boudé la formation sous le prétexte qu'elle les éloignerait des soins. La centralisation des décisions auprès de l'administration hospitalière a été critiquée par l'ensemble des médecins. Les objectifs des services étant flous et les pouvoirs des médecins-chefs étaient peu définis dans les deux cas surtout avec le processus de départementalisation qui était en cours. Au niveau de l'hôpital Y, au lieu de la délégation du budget aux services de spécialité, l'administration hospitalière se contentait uniquement d'annoncer aux chefs de service l'enveloppe budgétaire consacrée aux achats d'équipements médicaux. Les résultats de l'information collectée auprès des infirmiers indiquent dans les deux cas qu'ils jouent un rôle marginal dans la prise de décision au niveau des services. Ceci a été confirmé par la survenue de conflits dans l'établissement X, les infirmières étaient privées d'accès aux salles d'accouchement au prétexte que les résidents devaient effectuer un certain nombre d'actes pendant leur processus de formation. Au niveau de l'établissement Y, les infirmiers étaient tiraillés entre deux hiérarchies d'une part les médecins qui contrôlent la sphère clinique et le surveillant général servant d'interface avec l'administration hospitalière.

Dans les deux établissements sous étude, la gestion rationnelle des ressources au niveau clinique apparaissait comme le but principal du groupe des gestionnaires. La capacité de chaque hôpital à intéresser les professionnels de santé à la gestion ne semble pas liée à la taille des moyens mobilisés. Les médecins semblaient majoritairement réticents, malgré les initiatives prises pour maximiser leur engagement en gestion comme par exemple dans le cas de l'établissement Y avec l'élaboration de fiches de fonction, la formation des

médecins dans des modules tels que la responsabilité médicale, la gestion des équipes, la gestion budgétaire et l'organisation des soins etc. Ils tenaient à effectuer un contrôle collectif des décisions qui les affectent. Selon les infirmiers interrogés, leur but était d'accroître leur responsabilité le long de la ligne de soins. Dans les deux cas, beaucoup d'entre eux priorisaient le dialogue directe avec l'administration hospitalière c'est-à-dire le Dg et le Dga ou le Ds.

La principale ressource utilisée par le groupe des gestionnaires (particulièrement les Dg qui étaient les ordonnateurs délégués du budget) est le contrôle qu'ils pouvaient effectuer sur la répartition du budget par secteur selon les priorités de l'hôpital. Dans les deux cas, l'essentiel des problèmes et des décisions administratives de l'hôpital était référé aux Dg et Dga. Au niveau de l'établissement Y, le suivi du fonctionnement des services était facilité par l'existence de fiches de fonctions qui définissent les relations fonctionnelles et hiérarchiques entre le personnel. Dans les deux cas, les médecins priorisaient plutôt l'expertise de spécialistes du corps médical pour le contrôle de la sphère clinique. L'importance de cette ressource est démontrée également par leurs capacités à influencer individuellement la production de soins, les actions et les décisions de l'hôpital de façon générale. Il est à noter que dans l'établissement X, la sensibilisation à la révision du mode de fonctionnement des services a eu un impact positif auprès des infirmiers-chefs d'unités qui dans l'ensemble (4/7) semblaient disponibles et engager à l'exécution des tâches médico-administratives. Ils s'occupaient de certaines fonctions essentielles comme la coordination des activités de soins et la gestion de l'information sanitaire, l'évaluation du rendement du personnel infirmier et l'organisation des soins infirmiers etc. L'importance de l'exercice de ces fonctions varie avec le degré d'ouverture au dialogue affiché par les Dg des deux établissements et la cohésion de groupe de ce corps de métier. Particulièrement, la direction générale de l'hôpital X semblait leur accorder plus d'attention, cette différence de réaction était liée à l'existence d'un climat social relativement apaisé. Dans l'établissement Y, les infirmiers faisaient avec l'opposition des médecins d'une part et le mépris de l'administration hospitalière d'autre part (refus de dialogue directe entre les syndicats des infirmiers et le Dga et l'existence d'un intermédiaire dans les relations c'est-à-dire le surveillant général).

Les deux établissements ont évoqué la survenue de conflits organisationnels entre les normes professionnelles et les normes de gestion prescrites par le projet de réforme inspiré de la loi hospitalière. Les enjeux identifiés auprès du groupe des gestionnaires (10/10) ont été le contrôle interne des services par exemple : l'imputabilité des médecins-chefs et le suivi de l'exécution du budget. D'autres enjeux ont été également rapportés comme la maîtrise des logiques propres de la production des soins dans l'établissement X et l'évaluation du rendement du personnel dans l'hôpital Y. Les médecins dans leur grande majorité craignaient l'encadrement de leur autonomie de pratique et la démedicalisation des services. Dans l'établissement Y, certains d'entre eux (2/7) se plaignaient du rôle d'interface et de relais joués par les chefs de service qui apparaissent au cœur de la dynamique de changement et étaient les seuls acteurs habilités à interagir de façon formelle avec l'administration hospitalière (rencontres avec le Dg et le Dga). Aussi, le désintérêt des médecins à l'exercice des fonctions de gestion semblait avantager les infirmiers, ils pouvaient aspirer à la valorisation de leurs rôles (surtout dans le cas de l'hôpital X où majoritairement ils étaient rompus à l'exécution des tâches médico-administratives).

#### ***5.2.2.2 Les projets stratégiques et réaction des acteurs à la révision des mécanismes de gestion des services médicaux***

Cette section présente les principales stratégies qui ont été mobilisées par les différents groupes d'acteurs dans le cadre de la transformation des mécanismes de gestion des services de spécialité. Dans les deux cas, le personnel gestionnaire semblait fortement engagé pour implanter un modèle de gestion délégué fondé sur une forte collaboration des médecins-chefs et des infirmiers-chefs d'unités. Selon les données collectées, cette implantation a été en partie rendue possible par la sensibilisation et la formation de certains professionnels en gestion. Le soutien au développement du modèle délégué était intensifié selon les initiatives prises (description des tâches, élaboration de fiches de fonctions etc.) et l'intégration administrative des médecins comme par exemple la notification aux médecins-chefs de l'enveloppe budgétaire consacré aux achats d'équipements médicaux dans l'établissement X où la mise en place d'interface pour réguler les rapports entre l'administration et le personnel infirmier dans l'établissement Y.

Les médecins interrogés ont révélé leur volonté de maintenir une forte médicalisation de leurs services. La résistance face au projet de transformation de la gestion des services a été associée au climat de tension qui existait entre le personnel médical et l'administration hospitalière. Il incarnait deux réalités contradictoires présentées comme des motifs de rejet du projet de réforme : (1) les médecins tentaient d'inverser la vision stratégique de la réforme (cas de l'établissement X) par la récurrence des sujets universitaires et cliniques abordées lors des réunions professionnelles et, (2) la recherche d'une « baronnie » traditionnelle par l'égalité d'accès à l'information financière (peu transparent et parfois empreint de suspicions de corruption) et aux mêmes avantages que les gestionnaires (cas de l'établissement Y). Pour le personnel infirmier, la stratégie principale a été la recherche d'une autonomie professionnelle qui était fortement encadrée par les médecins. Le renforcement de leur effectif allait permettre d'accroître leurs responsabilités cliniques et de résoudre le problème de conflit de compétence qui existait entre certains infirmiers et les résidents.

Dans cette section, nous tenterons d'identifier les différentes zones d'incertitude que contrôlent les acteurs, les règles qu'elles soient formelles ou informelles afin d'établir le mode de relations qu'ils entretiennent entre eux (collaboration, hostilité, indifférence ou autres). Dans les deux cas sous étude, les médecins effectuaient un contrôle fort sur l'activité clinique et exprimaient les besoins médicaux. Les dépassements dans les prévisions budgétaires rapportées par  $\frac{3}{4}$  des gestionnaires (les Dg, et les Ds sont des cliniciens plutôt investis dans l'administration donc loin de la pratique, les ChefCompta) semblaient fortement reliés à l'influence qu'ils pouvaient exercer sur le choix des acquisitions c'est-à-dire l'ajustement des dépenses en fonction des prévisions budgétaires.

Dans le cas de l'établissement Y, les infirmiers pouvaient dans certains cas contourner l'instabilité organisationnelle inhérente à la nouvelle structure mise en place (le surveillant général assure la coordination des relations entre la direction générale et le personnel infirmier). Ce pouvoir était lié aussi à la pression des syndicats qui ont contraint le Dg à

intervenir pour formaliser le rôle de l'infirmier-chef du service de laboratoire d'analyses biomédicales.

En dehors des dispositions de la loi hospitalière (articles 68-73) qui ont été le fondement de la plupart des règles mobilisées par les directions générales des deux cas pour réguler les rapports interpersonnels, les initiatives propres de chaque hôpital influencent très peu le cadre d'interaction des différents acteurs. Il s'agit des directives de la lettre de mission Numéro : 0048-0073 adressée aux différents médecins-chefs pour définir et réglementer les tâches des professionnels de santé en ce qui a trait à l'accomplissement des fonctions de gestion (hôpital X) ou de l'organigramme et du cadre organique qui obligeaient les médecins-chefs à référer au directeur général et à son adjoint lors de la prise de certaines décisions essentielles (affectations des agents entre les services et les unités, la planification des gardes et des interventions médicales, le choix et l'acquisition des équipements médicaux etc.) (hôpital Y). La direction générale pouvait recourir aux médecins dans l'établissement X tandis que les infirmiers-chefs d'unité servaient de médiateurs auprès de leurs collègues pour l'utilisation rationnelle des ressources attribuées aux services dans l'établissement Y. Cette différence était liée au faible niveau d'adhésion des différents groupes d'acteurs au projet de réforme. Les relations entre les acteurs étaient plutôt tendues avec parfois des rapports de méfiance entre le groupe des médecins et les gestionnaires (hôpital X) et une hostilité dans le cas de l'hôpital Y, dans les deux cas les médecins étaient indifférents face aux infirmiers. Le groupe des infirmiers était soudé et semblait disposer à collaborer avec les autres acteurs.

### **5.2.3 Les réactions des acteurs de l'hôpital face à la révision des modes de collaboration interprofessionnelle**

L'objectif de la révision des modes de collaboration interprofessionnelle était de réussir une intégration des services de spécialité par la départementalisation. Il s'agissait de regrouper les unités ou les spécialités selon les conditions de soins des deux établissements. Le regroupement consiste à la création de départements fondés sur des macro-secteurs de spécialités comme par exemples : médecine, chirurgie, laboratoires donc groupent des unités semblables. Le traitement et les soins devraient être délivrés par des équipes



multidisciplinaires et multi professionnelles avec des médecins et d'autres professionnels (infirmiers, techniciens, etc.) appartenant aux unités spécialisées sur les pathologies habituellement traitées faisant ainsi disparaître les frontières traditionnelles entre les spécialités et les professionnels. Ces transformations majeures devraient permettre d'orienter les établissements au niveau opérationnel. Les chefs de services devraient assurer la coordination du travail d'équipe sous la responsabilité directe du chef de département. Face à ce réaménagement technique du cadre d'intervention des spécialistes et la fusion des équipes professionnelles, les différents groupes d'acteurs ont eu des réactions variées. Elles sont rapportées à partir de l'analyse effectuée selon un niveau stratégique et systémique.

#### **5.2.3.1 Réaction des acteurs face à la révision des modes de collaboration interprofessionnelle selon un niveau d'analyse stratégique**

Les données collectées auprès de l'ensemble des acteurs indiquent qu'en réalité le processus de départementalisation est encore à un stade embryonnaire et que la fusion des équipes professionnelles n'était pas encore effective. Les résultats ont mis en cause la faible conception de la départementalisation. Elle semble se résumer dans les deux cas à un simple découpage administratif (regroupement de certains services en grand ensemble de spécialité). La modification de la conception interne de la structure vers la multidisciplinarité était sous l'influence des tensions entre les acteurs. Elles sont confirmées par les directions générales des deux hôpitaux et un rapport d'audit de l'ANEH<sup>15</sup> en 2003. Il s'agissait entre autre du déficit de communication entre les professionnels, de la faible coordination de la prise en charge des patients, de l'existence de conflits d'intérêt à l'intérieur de certaines corporations particulièrement chez les médecins (mauvaise référence des patients entre les services et les spécialistes); et du développement des systèmes de clan fondé sur des affinités personnelles entretenues par certains professionnels. Au niveau des deux établissements, c'est à l'hôpital Y où la tension semblait plus forte, ce qui a obligé la direction générale à scinder certains services (création des doublons de spécialité, Exemple: cardiologie A et B, chirurgie A et B etc). Dans

---

<sup>15</sup> Agence Nationale d'Évaluation des Hôpitaux, ANEH. (2003). Rapport d'Étude : Évaluation de la qualité des soins dans l'hôpital Y. Bamako (Mali). 47

l'établissement X, il a été rapporté la suppression de certaines unités essentielles en pédiatrie et la création de plusieurs nouvelles unités jugées de moindre importance en médecine générale.

Selon les gestionnaires interrogés, leurs buts étaient de renforcer la coopération entre les médecins de spécialités différentes et les infirmiers pour améliorer la prise en charge médicale mais aussi bâtir un système de contrôle de gestion au sein des départements. Pour ce faire, il fallait que chaque établissement régule la coopération entre les professionnels à l'aide de règles et procédures définies. Celles-ci étaient peu partagées par la plupart des médecins qui valorisaient plutôt les normes professionnelles et tenaient à maintenir leur autonomie de pratique en s'appuyant sur la standardisation des qualifications pour coordonner le travail clinique.

Dans les deux cas, en même temps que les médecins (13/14) réclamaient plus d'autonomie, ils se montraient peu ouverts et indifférents à la présence des infirmiers dans les équipes professionnelles.

L'influence des ressources dont disposent les directions générales des deux cas comme le contrôle du (Dg, Dga, Ds, ChefCompta) sur l'allocation et la répartition des budgets entre les départements semblait peu suffisante pour contraindre la capacité des professionnels de santé à aller vers la synergie de leurs actions. Elle était reliée à l'expertise de spécialiste du corps médical qui détermine les choix stratégiques dominants lors des interventions et en partie à la cohésion de groupe du personnel infirmier qui à l'unanimité avait des attitudes similaires et stabilisées autour d'une vision commune. Les infirmiers-chefs d'unité compte tenu de leur rôle pouvaient impacter faiblement sur le cours des activités.

Les entrevues réalisées auprès de la majorité du personnel gestionnaire des deux établissements indiquent que les principaux enjeux à la révision du mode de collaboration étaient la maîtrise des logiques de production propres aux services et la mesure de l'ampleur de ressources consacrées aux départements. Ces mesures pouvaient difficilement s'imposer face à l'opposition de la majorité des médecins-chefs qui n'approuvaient pas le

changement de direction de la responsabilité déléguée attribuée aux chefs de départements. Les enjeux étaient la restriction du pouvoir de décision des anciens médecins-chefs (3/7), la perte des valeurs et des habitudes de pratique des médecins-praticiens suite à la fusion des équipes (4/7) et la crainte de conflits interprofessionnels. Les prémices de tels conflits étaient surtout mis en évidence dans l'hôpital Y avec les nouvelles mesures prises par la direction générale comme la dépersonnalisation des salles de soins, l'application de protocole écrit pour la prise en charge de certaines pathologies, le comptage par médecin du nombre de malades opérés, du temps d'utilisation des salles et des équipements médicaux. Les évidences empiriques informent très peu sur les enjeux exprimés par la majorité des infirmiers, une minorité (3/7 particulièrement des chefs d'unité de l'établissement X) espérait une valorisation de leur rôle au regard de leur engagement pour l'exercice des tâches médico-administratives dans les départements.

### **5.2.3.2 Les projets stratégiques et réaction des acteurs à la révision des modalités de la collaboration interprofessionnelle**

#### *Le soutien de la direction générale*

Les deux cas ont mis en évidence à des degrés divers le soutien de leur direction générale respective pour la réussite du processus de départementalisation. De façon générale, malgré la faible opérationnalisation des équipes professionnelles, les directions générales se sont investies pour le développement d'une approche multidisciplinaire dans la prise en charge des patients et une plus grande diversité d'intervenants. Elles ont aussi soutenu l'implantation d'un modèle d'intégration clinique avec la création de départements fondés sur des macro-secteurs de spécialités exemple: médecine générale, chirurgie générale, laboratoires etc.

Les stratégies pour rendre fonctionnelle la collaboration interprofessionnelle ont consisté selon chaque établissement à (1) la mise en place d'une procédure de coopération interprofessionnelle (lorsqu'un malade est accepté dans un service ou par un médecin, selon le cas le service ou le médecin privilégie une rencontre (staff) entre les équipes concernées pour discuter du cas et élaborer un plan d'intervention) dans le cas de l'hôpital X et (2) procéder à une description des tâches des intervenants (attribué l'organisation des équipes

soignantes aux médecins en plus de la consultation tandis que les infirmiers assurent l'exécution des soins délégués et selon les médecins-chefs et les services confiés la coordination des soins aux chefs d'unité) dans l'établissement Y. En plus de la dépersonnalisation des salles d'opération qui ne seront plus soumises au contrôle d'un seul médecin mais plutôt de plusieurs médecins et services suivant un programme d'utilisation préétabli par la direction générale; l'élaboration de protocoles de prise en charge de certaines pathologies définissant le rôle de chaque acteur selon les spécialités a été envisagée.

*Des médecins sous l'influence des valeurs professionnelles*

Certaines mesures mises en place dans le cadre de la départementalisation telles que l'élaboration de protocole de prise en charge, la définition de la composition des équipes par l'administration hospitalière, la codification du cadre d'intervention de chaque acteur par des fiches de fonction étaient interprétées par les médecins comme une tentative de rationalisation de leur pratique. Les médecins interrogés (9/14) ont le souci de maintenir une forte médicalisation dans les départements de spécialité de sorte à protéger leur autonomie de pratique. Les 2/3 des chefs de département étaient mus par les valeurs des groupes professionnelles, leur adhésion au projet de réforme était faible. Ils priorisaient les choix rationnels dans l'exercice de leurs pratiques courantes et qui guident les comportements face à un cas clinique. La résistance semble relier à un déficit de sensibilisation des médecins à la nécessité d'une plus forte collaboration. Elle peut s'expliquer aussi par leur absence dans la conception du projet de réforme au départ qui était plutôt confiée à des consultants expatriés et pilotée par des cadres de la direction générale (les directeurs généraux et leurs adjoints).

*Les infirmiers à la recherche de rôle formel dans les équipes professionnelles*

Les données collectées dans les différents hôpitaux ont fourni très peu d'évidences sur les stratégies mobilisées par le groupe des infirmiers (excepté 2 infirmiers dans l'établissement Y). Dans leur majorité, ils semblaient plus aptes à soutenir le projet de réforme si toute fois l'administration reconnaissait leur rôle en les considérant comme un interlocuteur direct au lieu des intermédiaires (chef de service, chef de département, surveillant général). On peut

affirmer qu'ils adhèrent plus au projet de réforme dans les deux cas comparé à la réaction des médecins. Les directions générales pouvaient difficilement agir pour leur intégration clinique vue la grande influence des médecins sur la sphère clinique.

Les données collectées dans les deux établissements ne mettaient pas clairement en évidence les zones d'incertitude utilisées par les acteurs pour se faire du pouvoir. On pouvait cependant relever certaines sources potentielles de pouvoir comme par exemple en l'absence de toutes règles formelles qui fixent l'organisation et le fonctionnement des services l'utilisation pour le Dg de l'établissement Y de son pouvoir d'autorité pour conditionner l'allocation des ressources au niveau des indicateurs dans les services de spécialité. Le contrôle de proximité de l'activité clinique était rendue complexe à cause de l'emprise que les chefs de services continuaient à effectuer sur le fonctionnement des équipes professionnelles. Ils priorisaient les choix rationnels dans l'exercice de leurs pratiques courantes et qui guident les comportements face à un cas clinique. Les références des malades de médecin à médecin se faisaient en personne ou par l'intermédiaire du malade lui-même. Dans le cadre de l'hôpital X, la direction générale faisait recours aux médecins-chefs pour servir de médiateurs auprès de leurs collègues pour une utilisation rationnelle des ressources attribuées aux services. C'était plutôt aux infirmiers que la direction générale faisait recours dans le cas de l'établissement Y. La valorisation des valeurs professionnelles par les chefs de département était reliée au climat social apaisé entre les médecins dans le cas de l'hôpital X tandis que les clivages internes qui divisaient de l'hôpital Y impactait fortement sur le fonctionnement des équipes. Dans les deux cas, les infirmiers étaient soudés et semblaient plus engagés à collaborer avec le groupe des gestionnaires.

La section qui suit présente dans un tableau récapitulatif les similitudes et les différences dans les réactions des acteurs face aux changements effectués dans les deux hôpitaux publics à l'étude (Tableaux récapitulatifs 22 et 23).

**Tableau 22 : Analyse transversale des réactions des acteurs face aux changements structurels de la réforme selon un niveau d'analyse stratégique au sein des hôpitaux X et Y**

	Révision du rôle des acteurs dans le CA	Mécanismes de gestion des services	Collaboration interprofessionnelle
<b>Problèmes</b>	<p><b>Gestionnaire</b> : Forte centralisation des décisions auprès du Ministre de la santé (lourdeur administrative et pouvoir absolu du Ministre de la santé); Rôle figuratif du conseil dans la prise de décision stratégique (Immobilisme du CA, Approbation finale des R par le MS; Présence presque exclusive des élus locaux, 80% du CA).</p> <p>Coupures budgétaires du Ministère de la Santé.</p> <p>Refus d'augmentation des tarifs de soins.</p> <p>Incapacité à donner un soutien matériel au travail clinique (non respect de l'autorité administrative par les cliniciens).</p> <p><b>Médecin</b> : Régulation externe imposée par la nouvelle configuration structurelle du conseil; Rôle marginal des médecins dans la prise de décision stratégique (Quasi-absence de la composition du conseil d'administration).</p> <p>Faible possibilité d'interaction et de négociation des ressources avec les gestionnaires et les administrateurs du conseil (accès limité aux ressources cliniques).</p> <p>Rationalisation de la pratique (application de quota d'actes pour les médecins) (Hôpital X).</p> <p>Respect du calendrier budgétaire contraignant fixé par la tutelle (report successif pendant 4 ans de l'acquisition d'un échographe cardiaque au service de cardiologie A.) et rallongement du délai de la prise de décision; absence de leadership et de légitimité du CG; (Hôpital Y)</p> <p><b>Infirmier</b> : <b>Retrait du conseil</b> (absence de la prise de décision stratégique; faible implication</p>	<p><b>Gestionnaire</b> : Ambiguïté des rôles des acteurs dans l'exécution des tâches médico-administratives dans les services (évaluation du rendement des professionnels, ordonnancement des dossiers médicaux, la gestion des ressources matérielles etc). Ces tâches étaient parfois effectuées par les infirmiers et ou les médecins ou n'étaient tout simplement sous aucune responsabilité. (Cf, Rapports annuels 2003/2004 d'inspection en annexe; Cf, extraits 5/7 rapports de direction 2003/2006 en annexe).</p> <p>Confusion dans l'exécution des responsabilités administratives entre la direction générale et les services de spécialité (difficulté de suivi de l'exécution du budget et de l'utilisation des ressources matérielles au niveau des services de spécialité).</p> <p>Incapacité des services de spécialité d'offrir des soins de qualité aux patients (problème de coordination lors des interventions médicales) (hôpital X).</p> <p>Faible possibilité d'accès aux ressources auprès de la tutelle pour réussir la transformation structurelle des services (crédit de formation, achat de support technique, d'équipements médico-techniques) (hôpital Y)</p> <p><b>Médecin</b> : Pouvoir absolu de l'administration hospitalière (Centralité des décisions administratives auprès de la direction générale).</p> <p>Délégation faible des responsabilités administratives auprès des services de spécialité (objectifs des services flous et pouvoirs réels des médecins-chefs non définis).</p> <p>Non satisfaction des demandes en matériels de soins des services; Déficit de communication avec la direction générale (hôpital Y).</p> <p><b>Infirmier</b> : Rôle marginal dans la prise de décision dans les services (la centralisation des décisions auprès de la</p>	<p><b>Gestionnaire</b> : Les tensions dans les relations interprofessionnelles (déficit de communication interprofessionnelle et faible coordination dans la prise en charge des patients) (confirmé par les rapports d'audit de l'ANEH, 2003).</p> <p>Conflits d'intérêt à l'intérieur de certaines corporations (développement des systèmes de clan chez les médecins fondé sur des affinités personnelles / refus de reconnaître le rôle des infirmiers lors des interventions médicales).</p> <p><b>Médecin</b> : Mauvaise référence des patients entre les services et les spécialistes (développement des systèmes de clan fondés sur des affinités personnelles entre certains médecins).</p> <p>Forte interférence du directeur général et de son adjoint dans la prise de décision interne au service de spécialité / Tentative de rationalisation de la pratique clinique (définition de la composition et du fonctionnement des équipes professionnelles par l'administration).</p> <p>Mauvaise conception de la départementalisation réduit à un simple découpage administratif (suppression de certaines unités essentielles en pédiatrie et la création de plusieurs nouvelles unités jugées de moindre importance en médecine générale) (hôpital X).</p> <p>Conflits de leadership entre médecins (création des doublons de certains services, Ex : cardiologie A et B, chirurgie A et B etc.) (hôpital Y).</p> <p><b>Infirmier</b> : Rôle marginal dans les équipes lors des interventions médicales du fait des médecins (exclus de la prise de décision médicale et conflits de compétence avec les résidents faisant parfois fonction d'infirmiers).</p>

	<p>administrative).</p> <p>Traitement sélectif des problèmes (non prise en compte de leurs préoccupations spécifiques par les administrateurs du CA).</p> <p>Faible participation dans les équipes professionnelles</p> <p>Pénurie en personnel infirmier et rallongement des délais de satisfaction de la demande interne des services (Hôpital X).</p>	<p>hiérarchie professionnelle dominée par les médecins).</p> <p>Restriction à l'exercice de certaines tâches par les infirmiers au profit des résidents comme l'encadrement des étudiants, la gestion des effectifs et l'évaluation des pratiques professionnelles par les infirmiers chefs d'unité).</p> <p>Absence de cadre formel de négociation avec l'administration (tirailé entre les médecins et le surveillant général servant d'interface avec l'administration) (hôpital Y).</p>	
	<b>Révision du rôle des acteurs dans le CA</b>	<b>Mécanismes de gestion des services</b>	<b>Collaboration interprofessionnelle</b>
<b>Buts</b>	<p><b>Gestionnaire</b> : Assurer la performance de l'établissement et effectuer un contrôle important sur les grandes décisions de l'hôpital (disponibilité des ressources et gestion déléguée).</p> <p>Maintenir le dialogue avec la sphère clinique / gestion des conflits (maintien de la cohérence des buts des Médecins et infirmiers avec les buts organisationnels).</p> <p>Régulation du temps de pratique clinique des médecins (encadrement de la double pratique; formalisation du travail professionnel par les règlements (règlement intérieur) (hôpital X).</p> <p><b>Médecin</b> : réaliser un plus grand contrôle sur les décisions médico-administratives au sein des services de spécialité (gestion des budgets affectés, composition des équipes professionnelles).</p> <p><b>Infirmier</b> : Assumer plus de responsabilité le long de la ligne de soins, présence dans les équipes professionnelles) (hôpital X).</p>	<p><b>Gestionnaire</b> : Assurer la gestion rationnelle des ressources au niveau clinique / imputabilité des services de spécialité (autonomie des services).</p> <p>Renforcer le contrôle sur la pratique médicale</p> <p>Impliquer les professionnels de santé à la gestion afin de maximiser leur engagement (hôpital Y).</p> <p><b>Médecin</b> : Disposer d'une large autonomie vis-à-vis de la direction générale (médecins) de sorte qu'ils puissent exercer un contrôle collectif des décisions administratives qui les affectent. (respect de l'autonomie de pratique, la gestion des budgets assignés aux services de spécialité et l'exercice de certaines responsabilités administratives telles que l'affectation, le recrutement et la promotion du personnel).</p> <p><b>Infirmier</b> : Accroître les responsabilités cliniques des infirmiers le long de la ligne de soins</p> <p>Disposer d'un cadre de dialogue directe avec l'administration hospitalière (Hôpital Y).</p>	<p><b>Gestionnaire</b> : Renforcer les rapports de coopération entre les médecins de spécialité différente et les infirmiers dans le cadre de la prise en charge médicale (déplacer les lignes formelles de partage des activités; entre les services; départementalisation; fusion des équipes professionnelles).</p> <p>Instaurer un système de contrôle de gestion au sein des départements créés.</p> <p><b>Médecin</b> : Sauvegarder l'autonomie de pratique médicale et maintenir la coordination de prise en charge clinique par la standardisation des qualifications.</p> <p><b>Infirmier</b> : Accroître les responsabilités cliniques des infirmiers (présence dans les équipes professionnelles).</p>
<b>Ressources</b>	<p><b>Gestionnaire</b> : Détention de l'information stratégique pertinente (présence et discussion au CA)</p> <p>Les prérogatives de la fonction déconcentrée</p>	<p><b>Gestionnaire</b> : Contrôle et répartition du budget selon les priorités des services (ordonnateur délégué du Budget). (DG/DGA/DS/DA).</p> <p>Contrôle complet sur la sphère administrative (l'essentiel</p>	<p><b>Gestionnaire</b> : Contrôle sur les ressources financières (allocation des ressources matérielles et du budget au niveau des départements fonctionnels).</p> <p>Exercice du pouvoir déconcentré du Ministre de la santé au</p>

	<p>du Ministre de la Santé (ordonnateur délégué du budget par la Tutelle).</p> <p>Les prescriptions de la loi hospitalière (art 68-73 relatifs aux fonctions du DG/DGA qui les responsabilisent quant à l'organisation et au fonctionnement des services de spécialité).</p> <p><b>Médecin</b> : Contrôle sur la pratique médicale (prise décision lors des interventions médicales, responsable de la composition des équipes professionnelles).</p> <p><b>Infirmier</b> : Contrôle sur la réalisation des activités médico-administratives (Contribution majeure au développement des activités des services, tenue des effectifs, ordonnancement des dossiers médicaux, élaboration des rapports de service, coordination des soins infirmiers).</p>	<p>des problèmes et décisions administratives concernant des services sont référés au directeur général <b>DG</b> ou a son adjoint <b>DGA</b>).</p> <p>Soutien des infirmiers chefs d'unité / disponibilité et engagement a l'exécution des taches médico-administratives (hôpital X).</p> <p>La mise en place des outils d'évaluation comme les fiches de fonctions élaborées pour chaque catégorie du personnel qui clarifie les responsabilités de chacun, les relations hiérarchiques et fonctionnelles (Hôpital Y).</p> <p><b>Médecin</b> : Expertise médicale (les décisions cliniques individuelles des médecins influencent les actions et les décisions de l'hôpital). Ils influencent fortement la production de soins et la prise de décision lors des interventions médicales.</p> <p><b>Infirmier</b> : L'exercice de certaines fonctions essentielles (dédiées aux infirmiers chefs d'unité, 5/7) comme la coordination des activités de soins et la gestion de l'information sanitaire, l'évaluation du rendement du personnel infirmier et l'organisation des soins infirmiers</p> <p>Le contrôle sur les soins délégués par les médecins (proximité des lits, 7/7).</p>	<p>sein de l'établissement, ordonnateur délégué du Budget; interlocuteur privilégié auprès du conseil d'administration pour les changements structurels). (<b>DG/DGA/DS/DA</b>)</p> <p><b>Médecin</b> : Expertise médicale (ils déterminent les choix stratégiques dominants lors des interventions médicales).</p> <p><b>Infirmier</b> : La cohésion de groupe des infirmiers (attitudes stabilisées autour d'une vision commune).</p>
	<b>Révision du rôle des acteurs dans le CA</b>	<b>Mécanismes de gestion des services</b>	<b>Collaboration interprofessionnelle</b>
<b>Enjeux</b>	<p><b>Gestionnaire</b> : Renforcement du pouvoir de prise de décision stratégique (absence de contestation et de critiques sur le RA lors des sessions du CA; renforcement du pouvoir informationnel / discussion du budget avec les administrateurs du CA).</p> <p>Perte d'autorité auprès des cliniciens (difficulté</p>	<p><b>Gestionnaire</b> : contrôle de la gestion interne des services de spécialité (imputabilité des médecins-chefs et suivi de l'exécution du budget au niveau des services de spécialité).</p> <p>Maîtrise des logiques de production propres aux médecins et aux infirmiers et la mesure de l'ampleur de ressources consacrées aux services (suivi de l'utilisation des ressources et gestion déléguée; réaliser la performance hospitalière)</p>	<p><b>Gestionnaire</b> : Maîtrise des logiques de production propres aux services et la mesure de l'ampleur de ressources consacrées aux départements (suivi de l'utilisation des ressources et gestion déléguée; Imputabilité des chefs de département; coordination de la prise en charge médicale).</p> <p>Facilité de négociation avec les professionnels de santé (existence d'un nombre limité d'interlocuteur dans les</p>



	<p>à donner une suite diligente à la demande des professionnels de santé; rallongement des délais de la prise de décision).</p> <p>Perte des possibilités de dialogue ou d'interaction directe avec le personnel (suppression du comité de gestion) pour s'accorder sur les priorités et prévenir les conflits (hôpital X).</p> <p><b>Médecin</b> : Perte de représentativité pour l'orientation stratégique de l'établissement CA (retrait du CA, ne pouvaient plus faire contrepoids à la décision des administrateurs lors des sessions statutaires du conseil accès limité aux ressources cliniques : matériels de soins, budgets, etc).</p> <p><b>Infirmier</b> : Perte de représentativité pour l'orientation stratégique de l'établissement CA (retrait du CA, ne pouvaient plus faire contrepoids à la décision des administrateurs lors des sessions statutaires du conseil, risque de non prise en compte des problèmes spécifiques de la profession).</p>	<p>(hôpital X).</p> <p>Évaluation du rendement du personnel dans les services de spécialité lors des interventions médicales (ponctualité, le volume d'interventions, visites médicales des malades hospitalisés, encadrement des résidents et des étudiants) (Surveillant général et Directeur administratif) ; Risques de conflits entre les normes qui orientent le personnel (normes professionnelles surtout médicale, normes syndicales qui encadrent le travail des professionnels) et les normes prescrites par le projet de réforme inspiré de la loi hospitalière (nouvelle structure telle que la direction générale en charge de la description des tâches et de l'évaluation du rendement des professionnels lors des interventions médicales) (hôpital Y).</p> <p><b>Médecin</b> : Perte de contrôle sur l'activité clinique (tentative de rationalisation de la pratique clinique, encadrement de l'autonomie professionnelle).</p> <p>Démédicalisation des services (Gaspillage d'énergie dans le processus d'allocation de ressources avec leurs collègues / risque d'éloignement des patients).</p> <p>Renforcement du pouvoir des médecins-chefs sur les autres professionnels de santé quant à la gestion des ressources des services (rôle d'interlocuteur et de relais) (hôpital Y)</p> <p><b>Infirmier</b> : Valorisation leur rôle médico-administrative.</p> <p>Absence du cadre organique (marginalisation) (hôpital Y)</p>	<p>services de spécialité dorénavant constitués en bloc de grande spécialité dirigé par un chef de département) / Gestion des conflits en contenant les oppositions traditionnelles des médecins-chefs (hôpital X).</p> <p><b>Medecin</b> : Restriction du pouvoir de décision des médecins-chefs (3/7) suite a la fusion des services de spécialité dans le cadre de la départementalisation (un changement de direction de la responsabilité déléguée initialement attribuée aux médecins-chefs services de spécialité).</p> <p>Perte des valeurs et des habitudes de pratique pour les autres médecins-praticiens (4/7) et crainte de conflits interprofessionnels suite a la fusion des équipes dans le cadre de la départementalisation.</p> <p>Perte de l'autonomie de pratique à travers la tentative de rationalisation de la pratique (dépersonnalisation des salles, application de protocole écrit, comptage par médecin du nombre de malades opérés, temps d'utilisation des salles et des équipements) (hôpital Y).</p> <p><b>Infirmier</b> : -La valorisation du rôle des infirmiers lors des interventions médicales a travers leur forte implication dans la réalisation des activités médico-administratives (hôpital X).</p>
	<b>Révision du rôle des acteurs dans le CA</b>	<b>Mécanismes de gestion des services</b>	<b>Collaboration interprofessionnelle</b>
<b>Stratégies</b>	<p><b>Gestionnaire</b> : Développement d'un modèle de gestion encadré par un souci d'imputabilité face aux autorités et en phase avec les directives de la tutelle (favorable au retrait des professionnels de santé du CA / recherche d'une alternative d'interaction avec les médecins et les infirmiers (élargissement sporadique du comité de direction aux</p>	<p><b>Gestionnaire</b> : Implantation d'un modèle de gestion déléguée fondé sur une forte collaboration des médecins-chefs et des infirmiers chefs d'unités (sensibilisation et formation en gestion).</p> <p>Notification de l'enveloppe budgétaire consacrée aux achats</p>	<p><b>Gestionnaire</b> : Développement d'une approche multidisciplinaire dans la prise en charge des patients et une plus grande diversité d'intervenants.</p> <p>-Implantation d'un modèle d'intégration clinique avec la création de départements fondés sur des macro-secteurs de spécialités ex : médecine générale, chirurgie générale,</p>

<p>professionnels de santé) (hôpital X).</p> <p>Combinaison d'un choix stratégique de gestion interne de l'équipe de direction (comme la restauration du comité de gestion) avec l'approche systémique / Tenue de réunions régulières avec le personnel médecin et infirmier et dialogue pour trouver un consensus et une alternative à leur non participation au CA (hôpital Y).</p> <p><b>Médecin</b> : Recherche d'une implication administrative forte dans l'hôpital (rôle formel dans la prise de décision).</p> <p><b>Infirmier</b> : Recherche d'une plus forte autonomie professionnelle et renforcement de l'effectif en personnel infirmier (hôpital X).</p> <p>Recherche d'un équilibre entre les responsabilités cliniques et le degré d'engagement dans l'exécution des activités médico-administrative (valorisation du rôle de l'infirmier) (hôpital Y).</p>	<p>d'équipements médico-techniques (hôpital X).</p> <p>Description des tâches médico-administratives; mise en place d'interface pour réguler les relations direction-personnel infirmier (hôpital Y).</p> <p><b>Médecin</b> : Maintenir une forte médicalisation des services de spécialité (se mettre à l'abri de contrôle administratif éventuel).</p> <p>Tentative d'inversion de la vision stratégique de la réforme des services (désintérêt aux activités médico-administratives et récurrence des sujets universitaires et cliniques abordés lors des staffs) (hôpital X).</p> <p>Recherche d'une baronnie traditionnelle (accès à l'information financière pour les médecins-chefs et aux mêmes avantages que les gestionnaires) (hôpital Y).</p> <p><b>Infirmier</b> : Recherche d'une plus forte autonomie professionnelle et renforcement de l'effectif en personnel infirmier</p> <p>Implication administrative forte auprès du surveillant général et du directeur technique (accroître les responsabilités cliniques des infirmiers) (hôpital X).</p>	<p>laboratoires....</p> <p>Mise en place d'une procédure de coopération interprofessionnelle (lorsqu'un malade est accepté dans un service ou par un médecin, selon le cas le service ou le médecin privilégie une rencontre (staff) entre les équipes concernées pour discuter du cas et élaborer un plan d'intervention) (hôpital X)</p> <p>Description des tâches des intervenants (attribué l'organisation des équipes soignantes aux médecins en plus de la consultation et les infirmiers assurent l'exécution des soins délégués et selon les médecins-chefs et les services confiés la coordination des soins aux chefs d'unité); (1) la dépersonnalisation des salles d'opération qui ne seront plus soumises au contrôle d'un seul médecin mais plutôt de plusieurs médecins et services suivant un programme d'utilisation préétabli par la direction générale; (2) l'élaboration de protocoles de prise en charge de certaines pathologies définissant le rôle de chaque acteur selon les spécialités.. (hôpital Y)</p> <p><b>Médecin</b> : Maintenir une forte médicalisation dans les départements de spécialité (2/3 des chefs de département étaient mus par les valeurs des groupes professionnelles).</p> <p><b>Infirmier</b> : Consolider leur intégration clinique dans les équipes professionnelles (hôpital Y).</p>
--	---	---

**Tableau 23 : Analyse transversale des réactions des acteurs face aux changements structurels de la réforme selon un niveau d'analyse systémique au sein des hôpitaux X et Y**

	Révision du rôle des acteurs dans le CA	Mécanismes de gestion des services	Collaboration interprofessionnelle
<b>Zones d'incertitude</b>	<b>Hôpital X</b>	<b>Hôpital X</b>	<b>Hôpital X</b>
	<p>Il y a une incompatibilité du nouveau processus de normalisation de la pratique clinique avec le processus connu et légitimé par les médecins. Vu que le rapport d'activités de l'hôpital est une compilation des rapports des services, les médecins parvenaient à mettre le directeur général en difficulté en conditionnant le dépôt des dits rapports à un accès plus directe à l'information financière comme le cas du blocus effectué en 2003 sur les rapports de service.</p> <p><i>« .....Il est arrivé parfois que les médecins manifestent leur opposition à des décisions issues des délibérations du conseil d'administration.....pour eux ils étaient mis devant les faits accomplis. Par exemple face à la décision du conseil d'imposer des jours et des nombres de consultations mensuelles aux médecins, ils ont boudé.....Certains sont allés plus loin en refusant en 2003 de fournir leurs rapports de services qui étaient pourtant fortement attendus dans le cadre de leur compilation pour le conseil d'administration. Les médecins apprenaient beaucoup à travers des rumeurs..... comme par exemple l'information a propos de la coupure des primes pour les médecins-enseignants. Il y'a un grand déficit de communication vers les médecins ». Med1 Hop X.</i></p>	<p>Le transfert des responsabilités la direction générale aux services de spécialité qui théoriquement devrait permettre le contrôle de la gestion et une utilisation efficiente du budget faisait avec l'influence des médecins. Ils déterminaient les besoins cliniques en matériels et instants de soins, donc l'annonce de l'enveloppe budgétaire consacrée aux achats pouvait faiblement influencer leur habitude de pratique. Il se pose un problème d'ajustement des dépenses à l'enveloppe budgétaire dans beaucoup de services. Le DG et le DT bien qu'étant des cliniciens à l'origine étaient loin de la pratique plutôt investie dans l'administration.</p> <p><i>« .....Les médecins devront s'intéresser plus à l'organisation des soins et à la gestion des ressources déléguées. Les charges de fonctionnement augmentent de façon exponentielle (je veux parler des dépenses dans les consommables de soins (petits matériels et films d'imageries). Les services ne peuvent plus être gérés comme par le passé ou l'on était toujours en dépassement de nos prévisions. Pour aller à cela le directeur général a envisagé en ce qui concerne l'achat des équipements médico-techniques, que l'enveloppe consacrée aux achats soit notifié aux médecin- chefs afin qu'ils puissent préciser leurs besoins essentiels et réalistes qui sont soutenables par la capacité financière de l'hôpital. Une fois les besoins exprimés, la direction générale fait l'évaluation financière et procède de concert avec les médecins-chefs à la priorisation..... ». Dgahop X</i></p> <p>Face aux changements structurels dans les services de spécialité, le manque de concertation que les médecins prétextaient semblait plutôt cacher leur volonté à disposer d'une large autonomie de leurs services vis-à-vis de la direction générale.</p>	<p>En dehors des dispositions de la loi hospitalière qui ne donnaient aucune indication sur la composition des équipes professionnelles ni moins sur leur fonctionnement, le directeur général s'est résolu à fondé sa prise de décision sur le pouvoir d'autorité que lui a été délégué par le Ministre de la santé. Il a conditionné l'allocation des ressources financières aux services au résultat du travail d'équipe.</p> <p><i>« ....Il s'agit pour nous d'appréhender la pertinence de la réforme comme une alternative de meilleure prise en charge des malades. On a pensé qu'il faille une réforme en profondeur du système hospitalier. Il fallait fixer des objectifs et trouver les moyens pour les atteindre afin d'assurer la prise en charge efficiente des patients. Les problèmes internes étaient tellement profonds qu'on n'avait pas d'autres solutions que de réformer le système de fonctionnement des services.... Parmi les choix à faire il y'avait la départementalisation pour que les services puissent mieux échanger. Il existe plusieurs micros services de spécialité qui n'ont pas très souvent l'effectif requis pour être véritablement fonctionnel. C'était une balkanisation de l'hôpital. La loi aurait du fournir un cadre juridique qui fixe les responsabilités des différents groupes d'acteurs hospitaliers.... ». Dga hop X.</i></p> <p>Le directeur général de l'établissement espérait ainsi négocier directement avec les chefs de département pour parvenir à un contrôle de proximité de la pratique professionnelle. Un tel contrôle semblait difficile à implanter d'autant plus que les anciens chefs de service étaient plus proche des praticiens et donc a même d'influencer le fonctionnement des équipes professionnelles.</p> <p><i>« Avec la départementalisation de la pédiatrie, il y'a des unités qui sont créés par profilage. Les enfants malades sont sélectionnés selon leurs âges alors qu'il serait plus intéressant d'aller vers le profilage par pathologie. On a enlevé l'unité de rattrapage des vaccinations alors qu'en ce moment on pense à la réhabiliter car c'est essentiel dans le contexte de notre pays ou la pratique de la vaccination n'est pas respectée de tous. Parallèlement, il y'a de nouvelles spécialités qui ont été créées comme la chirurgie pédiatrique qui apparemment n'a aucun rapport direct avec le</i></p>
	<b>Hôpital Y</b>		
	<p>Le comité de gestion (une création du DG) pouvait servir de prétexte pour le directeur général d'avoir sollicité l'avis des acteurs internes lors des négociations avec les administrateurs du conseil et face à la tutelle</p>		

	<p>qui sont parfois loin des réalités de l'hôpital. Ils pouvaient imposer des conditionnalités à la répartition et à l'exécution du budget entre les services de spécialité.</p> <p>« ...Lors des réunions du comité de gestion, on pense que la direction générale est contre les services de spécialité. Il y'a des tiraillements sur des questions et la tension devient très forte. Ce sont des conflits et des discussions fondées sur des suspensions de chiffres tronqués dans les rapports d'activités...Les médecins et les gestionnaires n'arrivent jamais à se mettre d'accord sur les indicateurs et les prévisions....Et puis à la fin le rapport de réunion reste entre les mains du directeur général, nous ne savons pas ce qu'ils font avec....» Med 5 Hop Y.</p>	<p style="text-align: center;"><b>Hôpital Y</b></p> <p>« .....Au départ il y'a eu que <u>deux</u> réunions entre les médecins-chefs et les consultants et c'était tout. Les consultants en ont fait toute seule le travail à leur tête, autrement les médecins n'ont pas été impliqués à tous les niveaux. Ils s'attendaient à ce qu'on leur explique le nouvel fonctionnement des services de spécialité et que les fonctions et responsabilités définies les dotent de plus de pouvoir de décision par rapport à la direction générale.....Les engagements de départ ne sont pas respectés.....» Med 6 hop Y.</p> <p>La coordination entre la ligne hiérarchique et le surveillant général n'était pas simple, sa conséquence était que les infirmiers se trouvent tirailler à la fois entre la hiérarchie professionnelle dominée par les médecins et le surveillant général qui représente le directeur de l'établissement. Ils pouvaient ainsi contourner cette situation d'instabilité organisationnelle pour faire part de leurs doléances directement auprès du DGA comme ce fut le cas au service de laboratoire d'analyses biomédicales.</p> <p>«... le directeur général a pris une décision qui fait du surveillant général notre interlocuteur. Une telle situation ne fait qu'accroître le sentiment de marginalisation des chefs d'unités par les médecins-chefs.....Inf5HopY du service de laboratoire d'analyses biomédicales a du transposer auprès du directeur adjoint sa demande de bureaux et la formalisation de son rôle dans le service. Le DGA aurait décidé que le médecin chef l'associe dorénavant à l'accueil et à l'orientation des étudiants mais aussi à l'évaluation du rendement du service.... ».</p> <p style="text-align: center;">Inf4 hop Y</p>	<p>département de pédiatrie. Le mode de fonctionnement est vertical ou seul le chef de département compte tandis que le reste de l'effectif est marginalisé. Le cas du département de médecine, on a nommé Pr Mg sous prétexte qu'il est le seul professeur agrégé, on se demande que vont devenir les anciens chefs de service. Les gens parlent souvent de conflit avec les médecins transférés de la cardiologie au département de médecine générale. En médecine générale l'équipe mets plutôt l'accent sur la concertation entre les médecins pour prendre une décision médicale alors que les médecins-cardiologues estiment être en mesure de s'assumer seules face à un malade.....» Med3 hop X</p> <p style="text-align: center;"><b>Hôpital Y</b></p> <p>Le changement de direction de la responsabilité déléguée initialement attribuée aux services de spécialité (départementalisation) pouvait difficilement être légitimé par les professionnels de santé au prétexte qu'elle n'apporterait aucune valeur ajoutée à leur pratique professionnelle. Ils priorisaient les choix rationnels dans l'exercice de leurs pratiques courantes et qui guide les comportements face à un cas clinique.</p> <p>« Les médecins chirurgiens opéraient les malades sans aucun contrôle de la direction générale, les salles opératoires étaient la propriété du service de chirurgie générale seulement et de ses médecins..... Actuellement la comptabilité cherche à savoir le nombre de malades opérés et l'utilisation qui est faite des salles.....cela à une incidence financière tout ca.... » Gest 3.</p> <p>« ....Chacun accuse l'autre de ne pas bien jouer sa partition dans la prise en charge des patients qui demande les deux spécialités. Les médecins-pneumatologues affirment que s'ils émettent un avis sur une décision des médecin-internistes ces derniers le prennent en mal et s'énervent..... Souvent ils font le choix de se conformer à leur choix thérapeutique sans en être suffisamment convaincu. Les gens se plaignent aussi de leur temps d'utilisation des salles opératoires communes à tous les services, chacun veut avoir à lui seule les salles et les équipements malgré la définition des programmes d'utilisation.....» Med 6 hop Y</p>
--	--	---	--

**Tableau 23 : Analyse transversale des réactions des acteurs face aux changements structurels de la réforme selon un niveau d'analyse systémique au sein des hôpitaux X et Y (suite)**

	Révision du rôle des acteurs dans le CA	Mécanismes de gestion des services	Collaboration interprofessionnelle
<b>Règles du jeu</b>	<p>Régulation externe imposée : Loi hospitalière articles 57-67 (fixe les exigences et la nouvelle composition du conseil d'administration)</p> <p>Formalisation du travail professionnel (adoption du règlement intérieur, élaboration du cadre organique et de l'organigramme).</p> <p>Normalisation de la pratique clinique (Nombre d'actes mensuels par médecin, consultations, hospitalisations, interventions chirurgicales etc) (hôpital X).</p> <p>Une structure informelle non prévue par les dispositions de la loi hospitalière de 2002 (Maintien du comité de gestion) (hôpital Y)</p>	<p>Loi hospitalière articles 68-73 (De l'organisation et du fonctionnement des services de spécialité).</p> <p>Le projet d'établissement (planification quinquennal des changements structurels dans l'hôpital, 2002/2008).</p> <p>Normes professionnelles informelles (hiérarchie professionnelle dominée par les médecins, standardisation des qualifications).</p> <p>Une lettre de mission Numéro : 0048-0073 adressée aux différents médecins-chefs en l'absence de règles formelles prévues par la loi hospitalière pour définir et réglementer les tâches des professionnels de santé en ce qui a trait à l'accomplissement des fonctions de gestion (Source : Lettres de missions N : 0048-0073/HGT/DG, 2008) (hôpital X).</p> <p>Le nouvel organigramme et le cadre organique élaborés obligeaient les médecins-chefs à référer au directeur général et à son adjoint lors de la prise de certaines décisions essentielles (affectations des agents entre les services et les unités, la planification des gardes et des interventions médicales, le choix et l'acquisition des équipements médicaux etc) (hôpital Y).</p>	<p>Règles professionnelles informelles de coopération entre les médecins fondés sur des affinités personnelles que certains d'entre eux ont établis (les références des malades de médecin à médecin en personne ou par l'intermédiaire du malade lui-même).</p> <p>L'autorité déléguée au directeur général de l'établissement par le Ministre de la santé.</p> <p>Nb. Les dispositions de la loi hospitalière ne donnent aucune indication sur la composition des équipes professionnelles ni moins sur leur fonctionnement.</p>
<b>Relations entre les acteurs</b>	<p>Négociation directe des gestionnaires avec les administrateurs / soucis de performance face aux autorités (peu collaboratif avec les infirmiers, hôpital Y; lettre de mission de la tutelle, hôpital X).</p> <p>Alliance entre médecins / indifférence face aux infirmiers; Méfiance face aux gestionnaires (hôpital X).</p> <p>Faible cohésion entre médecins / indifférence face aux infirmiers; hostilité face aux gestionnaires (hôpital Y).</p>	<p>Négociation des ententes avec les médecins-chefs pour le transfert des responsabilités du directeur général et la délégation des budgets.</p> <p>Appui sur les médecins-chefs (hôpital X) et sur les infirmiers chefs d'unité (hôpital Y) comme médiateurs auprès de leurs collègues médecins et infirmiers pour une utilisation rationnelle des ressources attribuées aux services.</p> <p>Alliance entre médecins / indifférence face aux infirmiers; Méfiance face aux gestionnaires (hôpital X).</p> <p>Faible cohésion entre médecins / indifférence face aux</p>	<p>Appui sur les médecins-chefs (hôpital X) et sur les infirmiers chefs d'unité (hôpital Y) comme médiateurs auprès de leurs collègues médecins et infirmiers pour une utilisation rationnelle des ressources attribuées aux services.</p> <p>Alliance entre médecins-chefs et médecin chef de département / indifférence des autres médecins-praticiens face aux infirmiers; Médecins-chefs peu collaboratifs avec les gestionnaires (hôpital X).</p> <p>Clivages entre les médecins (cohésion de groupe faible et conflits interprofessionnels) / indifférence face aux</p>

	<p>Cohésion de groupe des infirmiers (disponibilité et engagement à collaborer avec les gestionnaires) / Subordination aux médecins et dépendants de leurs services.</p>	<p>infirmiers; hostilité face aux gestionnaires (hôpital Y).</p> <p>Cohésion de groupe des infirmiers / (disponibilité et engagement à collaborer avec les gestionnaires) / Subordination aux médecins et dépendants de leurs services (hôpital X), timidité face au DGA (hôpital Y).</p>	<p>infirmiers; Hostilité avec les gestionnaires (hôpital Y).</p> <p>Cohésion de groupe des infirmiers maintenu, engagé à collaborer avec les gestionnaires (infirmiers chefs d'unité) /</p> <p>Soutien faible du DG et de la majorité des gestionnaires. Hostilité parfois conflits avec les médecins (hôpital Y).</p> <p>Soutien du directeur général et de la majorité des gestionnaires aux infirmiers / Dépendance aux services des médecins. (hôpital X)</p>
--	--	---	---

## Chapitre 6 Discussion

Les discussions des résultats décrivent l'apport de ce travail dans les domaines théorique, méthodologique et pratique et en quoi les résultats sont aussi empreints de limites. Nous reprenons ces points dans ce chapitre en parallèle avec la discussion de la portée des résultats pour les organisations hospitalières compte tenu des caractéristiques des réformes et de la réaction des groupes d'acteurs hospitaliers face au changement.

Ce chapitre fait (1) la synthèse des principaux résultats obtenus à partir de nos objectifs de recherche; (2) discute des résultats en fonction de la littérature existante; (3) présente les limites de la thèse; (4) met en exergue les différentes contributions pratiques et d'aide à la prise de décision en indiquant quelques pistes de recherches futures et enfin (5) rappelle les éléments portant sur l'avancement des connaissances.

### 6.1 Synthèse des résultats

Ce travail répondait à deux objectifs. Le premier objectif était de décrire et analyser la logique des transformations structurelles de l'hôpital qui se produisent suite à la réforme hospitalière entreprise en 2002 au Mali et les écarts entre les effets recherchés et les effets réalisés.

Selon l'importance des responsabilités attribuées à l'hôpital public, et indépendamment du type de transformation structurelle visée par la réforme hospitalière de décentralisation étatique mise en œuvre en 2002 au Mali, nous constatons globalement dans les deux établissements publics hospitaliers que *l'intention politique* était focalisée sur une délégation puis une déconcentration et une dévolution; *les mécanismes* mis en place ont penché plus vers une déconcentration puis une délégation et une dévolution tandis que les *transformations réellement réalisées* dans les établissements publics hospitaliers ont plutôt confirmé une déconcentration en plus d'une délégation particulièrement dans le cas de l'implication des populations locales dans la gestion hospitalière (composition du conseil, prise de petites décisions internes). Tandis que l'hôpital public pouvait faire des recettes à partir du recouvrement partiel des coûts des soins auprès des usagers, l'état gardait une

main forte sur la gestion financière et la gestion du personnel, et définissait les directives et les objectifs à poursuivre.

Le type de *mécanisme* mis en place dans le cadre de la réforme semble donc déterminer le type de transformation effectué selon les fonctions que peut assurer un hôpital public (la direction générale, le conseil d'administration et les services de spécialité ou les départements au Mali). Enfin, la réforme de décentralisation étatique mise en oeuvre en 2002 dans les deux établissements publics hospitaliers maliens semblait traduire plutôt un recul au regard de l'écart qui existe entre l'intention politique de départ et les transformations réellement effectuées dans les hôpitaux. La logique traduit donc *le passage de la délégation vers une déconcentration* qui est jugée comme étant la forme la moins poussée d'une décentralisation.

Les réactions des acteurs aux changements de la structure ont été variables selon le type de transformation structurelle et légèrement d'un établissement hospitalier à un autre comme le démontre les sections suivantes.

Le deuxième objectif était d'identifier, du point de vue des principaux groupes d'acteurs, quels étaient les enjeux et leurs stratégies d'action pour influencer la nouvelle forme organisationnelle hospitalière en émergence au Mali.

Selon le type de changement structurel, les gestionnaires, les médecins, et les infirmiers ont développé différentes stratégies. Les deux cas ont mis en évidence le soutien de la direction générale pour la mise en place des changements structurels, les gestionnaires étant imputables face aux autorités. Il existait une tension dans les réactions des médecins, qui a été variable selon le type de changement structurel, tandis que les infirmiers se sont montrés plutôt accessibles face aux nouvelles mesures introduites par la réforme.

En dehors des règles formelles (articles 68-73, loi hosp) mobilisées par les gestionnaires pour réguler les rapports interpersonnels, la sensibilisation et la formation de certains professionnels en gestion et d'autres initiatives entreprises (élargissement sporadique du comité de direction aux médecins-chefs dans le cas 1 et la restauration du comité de gestion



dans le cas 2) pour favoriser l'intégration administrative des médecins ont très peu influencé le cadre d'interaction des différents acteurs. Leurs stratégies se regroupent en deux catégories (1) ils valorisent dans les deux établissements le développement d'une perspective globale d'intervention et privilégient l'intégration des professionnels de santé à la gestion par niveau, (2) ils mettent plus d'emphasis particulièrement dans le cas 1 sur la participation des infirmiers dans la coordination et l'organisation des soins. Ce qui paraît peu compatible avec la hiérarchie professionnelle dominée par les médecins et le contexte de la gouvernance des services de spécialité. L'intégration des médecins à l'organisation peut menacer l'intégrité des contrôles exercés par les gestionnaires qui préfèrent les maintenir à l'écart du processus de prise de décision de manière à disposer d'une forte autonomie administrative et à minimiser les risques de médicalisation des interventions. Ce qui contraste avec une réaction offensive accrue des médecins dans le cas 1 pour une plus grande implication administrative dans la prise de décision stratégique et défensive dans le cas 2 afin de préserver leur autonomie de pratique. La formalisation de la coopération interprofessionnelle (cas 1) et le maintien d'un contrôle sur l'activité clinique par la description des tâches des intervenants (cas 2) ont eu peu d'impact sur le développement d'une approche multidisciplinaire et l'intégration clinique malgré la création de quelques départements. Les médecins priorisent les choix rationnels de leurs pratiques courantes qui déterminent leur comportement face à un cas clinique. Leur refus a été donc en lien avec une prédominance des normes professionnelles qu'ils défendent, ils priorisent un modèle de médicalisation face à un risque de minimisation de leur autonomie de pratique et de leur rôle dans la production des soins. Leurs réactions incarnaient deux réalités contradictoires, (1) ils tentaient d'inverser la vision stratégique de la réforme (cas de l'établissement X) par la récurrence des sujets universitaires et cliniques abordées lors des réunions professionnelles et étaient (2) à la recherche d'une « baronnie » traditionnelle par l'égalité d'accès à l'information financière et aux mêmes avantages que les gestionnaires (cas de l'établissement Y). Elles ont été liées au contrôle qu'ils effectuaient sur l'activité clinique et l'expression de la demande en ressources cliniques qui contraignent la capacité d'action des gestionnaires notamment dans le choix des acquisitions et la maîtrise des prévisions budgétaires. Les projets stratégiques des infirmiers ont été plutôt conformes aux objectifs associés au changement, peu variables d'un établissement hospitalier à un autre et tributaire

du climat de confiance qui existait entre les gestionnaires et ce type de personnel. La stratégie principale du personnel infirmier a été la recherche d'une autonomie professionnelle fortement encadrée par les médecins et l'accroissement de leurs responsabilités cliniques à travers une définition formelle de leur rôle le long de la ligne de soins et le renforcement des effectifs. Ce qui favorise une distance plutôt grande des médecins par rapport aux organisations hospitalières et confirme leur rôle plutôt mince dans la probabilité de succès du changement malgré leur important degré d'investissement pour la réalisation des activités médico-techniques. Ils étaient dépendants des services des médecins. Pour valoriser la spécificité de la profession infirmière et contourner l'instabilité organisationnelle liée à la structure de régulation de leur rapport avec la direction générale de l'établissement Y, la pression des syndicats a contraint la formalisation du rôle de certains infirmiers-chefs. Enfin, les relations entre les acteurs étaient plutôt tendues caractérisées par des rapports de méfiance entre le groupe des médecins et les gestionnaires dans l'établissement X et une hostilité dans l'hôpital Y. Dans les deux cas, les médecins étaient indifférents face aux infirmiers qui formaient un groupe plutôt soudé et disposé à collaborer avec les autres acteurs.

## **6.2 Les défis de la réforme hospitalière de 2002 : Une alternative de sortie des hôpitaux de l'impasse**

Depuis le lancement du projet de réforme hospitalière en 2002, très peu d'articles ont été publiés sur le thème au Mali, les rares écrits qui existent traitent uniquement des intentions politiques ayant prévalu à son lancement. Donc cette thèse constitue une des rares études qui abordent le sujet dans sa globalité. La faiblesse des évidences empiriques sur la réforme de l'hôpital a été aussi en lien avec le peu d'intérêt des partenaires au développement à financer la recherche dans ce domaine, plus orientés vers la santé communautaire et les soins de santé primaires.

Dans cette section, l'accent est mis sur les principales caractéristiques conceptuelles des réformes de la santé envisagées en Afrique et dans les pays en développement, évaluant ainsi les écarts entre les effets recherchés et les transformations réelles et ce conformément à notre cadre d'analyse. Les réactions de certaines parties prenantes et les défis inhérents à la mise en

oeuvre sont aussi brièvement explorés. Avant d'effectuer cette discussion, nous faisons d'abord un survol des initiatives de réforme hospitalière au Mali et en Afrique de façon générale. Cette analyse est en grande partie basée sur une série de rapports techniques consécutifs à des missions consultatives effectuées par l'OMS, la Banque Mondiale, la coopération française et l'USAID. Ces rapports contiennent parfois les suggestions techniques formulées par les conseillers ayant participé à ces missions.

### **6.2.1 Effets recherchés/ intentions politiques de la réforme hospitalière**

Comme la plupart des pays en Afrique au sud du Sahara, le Mali a souscrit à l'ensemble des initiatives internationales et sous-régionales visant la réforme du système de soins. On peut d'ailleurs constater une grande similitude dans les effets recherchés par les différents programmes de réforme développés dans ces pays. Il s'agit dans la plupart des cas, de réformes partielles qui modifient un ou deux aspects du secteur de la santé visant à introduire par exemple de nouveaux mécanismes de financement comme le recouvrement des coûts ou les mutuelles, de nouvelles formes d'organisation et de fourniture des soins, une décentralisation de certaines fonctions, une autonomie partielle des établissements hospitaliers. Leur contenu, les modalités de mise en oeuvre et les résultats obtenus font l'objet d'évaluations contradictoires (Kabbar 2004).

Une particularité dans le cas des réformes des hôpitaux dans les pays africains francophones est que ces dernières ont été très souvent pilotées par les mêmes groupes d'experts et de coopérants français. La Banque Mondiale et plusieurs autres partenaires au développement (USAID et OMS), à travers l'initiative de la réforme hospitalière ont signifié clairement aux différents pays qu'il était temps qu'ils fassent une restructuration profonde du mode de fonctionnement de leurs hôpitaux (WHO 1993; Cassels 1992; World Bank 1993; McPake and Ngalande Banda 1994). C'était une conditionnalité de l'aide au développement dans le secteur de la santé.

La réforme hospitalière a été adoptée en 2002 par le Mali à l'instar de plusieurs pays en Afrique au sud du Sahara à la suite d'un constat général de dysfonctionnements rapporté par la

Banque Mondiale depuis les années 1980 puis réaffirmé lors de l'état des lieux de la VIème rencontre hospitalière internationale tenue 1998 à Douala au Cameroun (Balique 2004, 1999; Reshaoc 1998). Les études et observations sur les secteurs de la santé des pays en développement ont fait des constats similaires : allocation inefficace des ressources, graves atteintes à l'équité, qualité déficiente des prestations, personnel démotivé, infrastructures publiques dégradées et nombreuses dérives du secteur privé. Pour le Mali comme d'autres pays africains la réforme a été une obligation afin de consolider les quelques acquis existants dans les systèmes de santé mais surtout de faire face aux nouveaux besoins induits par les multiples transitions politiques, économiques et épidémiologiques ou encore assurer un meilleur financement des services et des programmes de santé.

Elle a eu pour effet essentiel de transférer les pouvoirs de l'état aux établissements publics hospitaliers afin que ces derniers puissent mieux assurer leur mission de soins et conduire de façon autonome les changements structurels nécessaires. Il s'agit d'une conséquence du processus de la décentralisation par la délégation considéré comme un facteur important de démocratie et de progrès dans le sens d'une plus grande responsabilisation des établissements hospitaliers et des équipes dirigeantes.

Malheureusement, les études de cas menées dans certains pays (Ghana, Zambie, Sénégal, Cameroun, Guinée, Chili etc.) démontrent que c'est loin d'être évident l'atteinte de ces objectifs dans la pratique. Elles mettent un accent sur le contexte politique rigide et la complexité dans les jeux de pouvoir entre les acteurs en présence (Mills, Vaughan et al. 1991, Siddiquee NA 1997; Issak-TA and Waddington 1993, Kabbar 2004). Dans ces pays, par ces réformes, il a été dénoncé l'aggravation des obstacles à l'accès aux soins suite à l'introduction des mécanismes de *recouvrement des coûts* et de facturation des prestations dans les services publics, d'importants dommages aux programmes verticaux de vaccination et de planification familiale suite à la décentralisation (par un désengagement des États), la multiplication des niveaux de prise de décision et l'abandon de certaines régions pauvres ou défavorisées.

Au Mali, la réforme faisait suite à un changement de régime politique après les années 1991, avec la naissance de la démocratie et le multipartisme. Le premier mécanisme qui a été mis en

place dans le cadre de la réforme hospitalière de 2002 était la loi hospitalière qui définit les contours juridiques de sa mise en œuvre. De fait, elle impose le lancement de la réforme qui suppose pourtant une analyse préalable des problèmes, contraintes et options possibles. Cela n'a pas été toujours le cas, la plupart des pays en développement ont fait quelques efforts d'analyse et de planification mais seuls certains l'ont réalisé avant de lancer le processus de réforme, d'autres ont ressenti ce besoin après l'effet des premières mesures (Kabbar 2004). La réforme chilienne a été conçue par un petit groupe de technocrates dotés des meilleures informations et analyses disponibles sur le secteur de la santé. En Zambie et en Colombie, les réformes ont été initiées après un intense effort d'analyse incluant des évaluations sur l'utilisation des services, la charge de morbidité, l'efficacité des actions et programmes de santé. Cependant cet effort n'a pas suffi pour identifier tous les problèmes et surmonter les contraintes, il a fallu entreprendre d'autres études et analyses.

La littérature soutient la mise en place d'un dispositif institutionnel comme un préalable pour réussir la transformation de l'hôpital (Mills, Vaughan et al. 1991; Bah, Daff et al. 2004; Balique 2004, 1999; McPake 1996). Le Chili a engagé une réforme du secteur de santé au début des années 80. Elle a concerné tous les leviers importants (Castanada 1992) : décentralisation des soins de base au niveau des communes, nouvelle législation sur l'organisation sanitaire et la couverture médicale, nouveaux programmes en faveur de la prévention. La réforme en Colombie de 1983 a également concerné tous les grands leviers et notamment une décentralisation, une assurance sociale innovante qui facilite la compétition entre les fournisseurs de soins privés et publics ainsi que la contractualisation des rapports. (Colombian Health Sector Reform Project, 1996). La réforme en Zambie, initiée en 1991-92, comprend une restructuration institutionnelle par la création d'un "Central Board of Health" pour superviser la fourniture des soins dans tout le pays. Cet organe est autonome du Ministère de la Santé (Lucy Gilson, PHR). Cette réforme a aussi introduit une décentralisation effective en faveur du district de santé, un recouvrement des coûts et une définition nationale du paquet optimal de services. (WHO, UNICEF et al. 1997).

Dans beaucoup de pays africains une grande loi hospitalière a été adoptée, qui intègre les dispositions juridiques nécessaires à la mise en œuvre effective des effets recherchés par la réforme. Il a été attribué par la loi hospitalière un statut particulier aux hôpitaux appelés selon

les cas : établissements publics administratif (EPA) au Burkina Faso, établissements publics à caractère industriel et commercial (EPIC) en Côte d'ivoire ou établissements publics de santé (EPS) au Sénégal. Ces *réformes institutionnelles* imposées de l'extérieur ont été introduites dans certains cas (en Amérique Latine) comme une réponse à la crise de la dette et au besoin d'instaurer des démocraties après des décennies de dictatures et de régimes militaires (Grindel 1996) avec comme conséquence une réduction substantielle des fonds accordés au secteur de la santé par les collectivités locales. Au Sénégal après des années d'efforts pour développer des districts de santé, le gouvernement décida une décentralisation radicale des pouvoirs et des ressources publiques mais sans indiquer aux collectivités locales comment allouer les fonds et les gérer. Le résultat a été une très large désorganisation des soins et une absence totale de communication entre les responsables locaux des services de santé et les nouveaux maires devenus tout puissants. (Grundman 2000). Les grandes réformes sont, dans quelques cas, le produit de grandes crises, opportunités ou les deux à la fois. Ainsi en Colombie, la législation de réforme sanitaire a été introduite en même temps qu'une réforme du régime des retraites qui étaient en crise. La Colombie a au cours de la même période, élu démocratiquement, pour la première fois dans son histoire, son président. La découverte de pétrole et l'amélioration des recettes fiscales ont donné l'occasion d'introduire des mesures coûteuses mais populaires. Cela n'est pas toujours le cas mais une réforme du secteur de la santé peut être rendue possible par un changement global dans l'environnement général du pays comme ce fut le cas au Mali.

Au Mali, la loi hospitalière qui a un caractère coercitif a obligé tous les établissements publics hospitaliers à mettre sur place une nouvelle structure pour fournir des soins de qualité aux patients. Elle a permis l'attribution d'une personnalité juridique spécifique à l'hôpital public malien (statut d'établissement public hospitalier ou EPH). Ce statut accorde l'autonomie de gestion et permet à l'établissement hospitalier d'exercer certaines fonctions qui étaient précédemment sous un contrôle complet du Ministre de la santé comme : l'obtention de recettes propres par l'établissement hospitalier à travers le recouvrement partiel des coûts des soins auprès des usagers de l'hôpital et le financement des activités hospitalières; la mise en place de nouveaux organes d'administration et de gestion (la mise en place d'un conseil d'administration indépendant avec la présence presque exclusive des représentants des populations locales, la création de la commission médicale d'établissement et de la commission des soins infirmiers et obstétricaux); le transfert de certaines prérogatives de la

direction générale de l'hôpital (ex : la délégation de la gestion des ressources matérielles et humaines) aux services médicaux et le regroupement de ces derniers en département fonctionnel. Ces changements structurels non délibérés des systèmes hospitaliers et imposés de l'extérieur, notamment à la suite des réformes économiques ou politiques, ressemblent sur plusieurs points aux effets recherchés par les séries de réforme de la santé promues au niveau international focalisés autour de mécanismes communs qui sont à la base des objectifs qui ont été priorisés à savoir : le développement des mécanismes de financement, le rôle du secteur privé dans le service public, l'optimisation de la gestion budgétaire, une plus grande participation des populations à la gestion des services de santé, la réaffectation des budgets publics vers un paquet de soins essentiels etc. Ces changements imposés par les grandes mesures gouvernementales souvent avec le soutien ou la pression des donateurs et organisations internationales, n'ont souvent pas d'objectifs spécifiques ou explicites d'amélioration du système de santé mais visent plutôt des objectifs d'équilibres macro-économiques ou financiers ou encore de démocratisation du régime politique (Kaddar 2004). Ce type de changements a induit certaines améliorations du système de santé ou créer des conditions favorables à la promotion de la santé mais ce n'est pas son objectif explicite, direct.

Dans certains pays comme la Zambie, le Kenya, le Ghana, l'Ouganda et la Guinée, la politique d'autonomie de gestion a été clairement définie et prend en compte le recouvrement des coûts des soins et la décentralisation budgétaire et administrative (McPake 1996; World Bank 1993, WHO 1993; MCPake 1993, 1994; Condé, Camara et al. 2004). Dans ces cas, le recouvrement des coûts vise une amélioration dans l'exécution des services par le paiement de ces derniers tandis qu'avec l'autonomie budgétaire les directeurs des établissements hospitaliers prennent une plus grande responsabilité quant à la capacité de prise de décision dans l'hôpital. Au Mali, en plus des objectifs visés, d'autres intentions politiques étaient mises de l'avant. Il s'agit de la délégation budgétaire dans les services de spécialité à travers une plus grande implication des professionnels de santé à la gestion; et l'intégration des services de spécialité par leur réorganisation physique et technique (la départementalisation) afin de fournir des soins de qualité.

### 6.2.2 Transformations effectuées / Mise en œuvre de la réforme hospitalière

La mise en œuvre d'une réforme hospitalière dont les effets recherchés touchent l'ensemble du système hospitalier comme le cas au Mali représentait un défi majeur. Les questions de faisabilité économique et d'acceptabilité politique ont fait l'objet de discussions dans beaucoup de cas. Les parties prenantes faisant part de leurs inquiétudes face à tel ou tel aspect de la conception du projet de réforme recommandé par les partenaires au développement et les décideurs politiques. Pour être effectivement mises en œuvre et soutenues, les réformes nécessitent un personnel qualifié et motivé, un engagement institutionnel ferme, une stabilité des responsables concernés. En Pologne, les autorités ont discuté pendant 7 ans sur la structure du système national d'assurance mais quand ils l'ont lancé en janvier 1999, ils se sont aperçus du déficit en personnel qualifié pour gérer les 17 fonds régionaux d'assurance maladie. La réforme hospitalière en Colombie a aussi montré l'importance des nouvelles qualifications induites par la réforme (Bossert, Hsiao et al. 1998). Le problème de la stabilité institutionnelle est très problématique dans un grand nombre de pays en transition ou en voie développement. Comme le cas au Mali qui a connu pendant une décennie plusieurs fois un changement de Ministre de la santé et de son cabinet, au cours des 6 premières années de la réforme en Colombie, il y a eu 5 ministres de la santé. Chacun avait son propre cabinet et ses conseillers (Bossert, Hsiao et al. 1998). En Zambie, le Ministère de la Santé fut plus stable mais le soutien politique en faveur de la réforme du secteur de la santé ne l'était pas toujours. (Bossert 2000). Compte tenu des raisons économiques, politiques et organisationnelles, une période de transition bien préparée aurait été nécessaire dans le cas malien. Au vu de l'expérience internationale en matière de mise en œuvre des réformes hospitalières (cité des pays et des organismes), une telle période pourrait probablement servir de phase pilote et durer une décennie. Cependant, des objectifs importants comme ceux liés à l'autonomie de gestion, y compris l'implication des professionnels de santé à la gestion, devraient être reconnus dès le départ de façon à ce que les transformations structurelles globales vers une refonte plus importante du système hospitalier puissent être planifiés et réalisés.

Il faut rappeler le cas spécial des *projets ou des zones pilotes* qui développent l'esprit et les objectifs des réformes sur une petite échelle (Kaddar 2004; Berman, Bossert 2000). Deux exemples réussis d'assurance maladie le montrent : l'un dans la région d'Issy-Kul au Kirgystan et l'autre en Egypte à Alexandrie. En principe, les projets pilotes peuvent paraître



comme une bonne méthode, idéale, pour préparer et tester les grandes réformes. Ils le sont lorsque la détermination politique est ferme dès le début et la qualité de la conception, de la mise en oeuvre et de l'évaluation du projet est maintenue très haute par les responsables sanitaires nationaux. L'expérience montre en fait des situations très contrastées : certains responsables politiques et techniques tirent le maximum d'enseignements des projets, d'autres préfèrent mettre en oeuvre largement et rapidement certaines réformes malgré les risques encourus comme cela a été le cas au Mali. D'autres encore utilisent les projets pilotes pour éviter d'introduire de véritables réformes et pour canaliser certaines pressions et ressources extérieures.

Au Mali, la mise en oeuvre a visé concrètement l'implication des professionnels de santé à la gestion vue comme le nouvel élément de la réforme qui vise à améliorer l'efficacité interne par une gestion de proximité de l'établissement. Cette nouvelle façon de gérer l'hôpital fait la transition entre une gestion hiérarchique et centralisée qui a toujours prévalu et une gestion participative au sein de l'hôpital où le groupe des professionnels de santé aura un rôle important à jouer dans l'orientation de l'établissement au niveau clinique. Ce choix de gestion vise à augmenter la collaboration entre les différents niveaux de la structure, à faciliter la remontée de l'information des services de spécialité à la direction générale, au suivi de la gestion des ressources au niveau clinique. Les professionnels de santé particulièrement les médecins-chefs et les infirmiers-chefs d'unités doivent s'engager dans une perspective gestionnaire. La direction générale les encourage et négocie leur participation par la mise en place de moyens d'accompagnement et d'incitatifs au changement de comportement. Le cas du comité de gestion restauré dans l'hôpital Y et du comité de direction élargi aux professionnels de santé dans l'établissement X semblait faible et manquait de crédibilité du fait du caractère informel de ces structures qui n'étaient pas prévues par la loi hospitalière. Un contrôle indirect (contrôle interne) de l'activité au niveau clinique et l'implication des professionnels de santé sont présentés comme des facteurs de succès dans la gestion d'après la littérature (McPake 1996; Balique 1999, 2003; Acodess 1990; Jaffré and Olivier De Sardan 2003; Mills, Vaughan et al. 1991, Kaddar 2004). Cependant la profession médicale est susceptible d'être résistante à l'attribution de rôle gestionnaire supplémentaire comme c'est le cas dans les deux établissements sous étude. Les médecins et les infirmiers ont été peu sensibilisés en plus de l'absence d'alternatives qui concilient leurs intérêts aux objectifs de la

réforme. La réforme a été décidée par la tutelle et les directeurs généraux des établissements hospitaliers en ont été tout simplement informés.

« J'ignore comment l'idée de la réforme est arrivée au Ministère de la santé, un beau jour on nous a appelé lors d'un atelier pour nous dire ce qu'il faut faire (à l'époque j'étais directrice d'un hôpital). Il ne faut pas oublier le Prodess qui était un autre défi pour nous. On s'est approprié la réforme mais il y'avait une incompréhension car la MARH nous avait dit qu'il y'avait beaucoup d'argents pour financer nos projets d'établissements alors qu'au fonds c'était qu'une vision et un outil de planification. On a compris plus tard (on a été mis devant les faits accomplis) que c'était seulement le budget d'état, nos recettes propres et l'appui budgétaire sectoriel qui devaient prendre en charge le financement de nos projets d'établissements. À l'hôpital X, le projet d'établissement était budgétisé à environ quatre milliards de francs Cfa..... » (CTHop).

Bien que peu d'étude basée sur des entretiens formels ou des groupes de discussion n'ait pas encore été conduite, l'analyse des rapports publiés par les médias et d'autres déclarations résumant les préoccupations majeures des parties prenantes de l'hôpital. Ces changements structurels seraient destinés à satisfaire des intentions purement politiques (généralement en termes de changements d'infrastructures plutôt que l'amélioration de la qualité des soins cliniques) de préférence destiné à mobiliser les ressources financières proposées par les partenaires au développement. A part cette crainte de mauvaise priorisation des problèmes hospitaliers, une des préoccupations encore plus fermement exprimées est le potentiel de corruption et le mauvais usage des financements recueillis au moyen de la réforme. Ce constat est fait dans le cas malien où certains acteurs s'interrogent sur la transparence dans la gestion des ressources financières et le présente comme un facteur susceptible d'entamer la motivation des travailleurs.

« .....Avec la direction actuelle, je n'ai pas l'expérience de la CME. Sinon par le passé on sortait des réunions de la CME avec un sentiment d'inachevé..... Avec la direction générale actuelle je soupçonne qu'elle soit dans la même tradition de corrompus, je n'ai pas de preuve pour le moment qui prouve le contraire. Je reproche au président de la commission médicale de cacher l'information, il discute uniquement avec la direction générale, ce qui n'est pas transparent. Les gens doutent de sa sincérité..... » (Med5ChefHopY).

Des auteurs (McPake 1996; Mills, Vaughan et al. 1991; Laurent 1996) confirment l'échec de la réforme hospitalière dans les pays africains au sud du Sahara par une insuffisance de

congruence des objectifs de l'organisation hospitalière et de ses employés. C'est pourquoi les incitations doivent être ajustées pour refléter la nouvelle philosophie de l'hôpital. Par exemple un budget délégué dans l'hôpital afin que les conditions de travail des acteurs reflètent le succès financier ou procéder par des bonifications. Ces mesures peuvent compte tenu du système administratif complexe des hôpitaux publics en Afrique de façon générale s'appliquer mal du fait de la perspective de service publique rigide. Au Mali, le montant et les critères d'attribution des primes au personnel sont décidés par la tutelle. Cette forte centralisation des décisions et la lourdeur administrative sont confirmées par la Banque Mondiale (World Bank 1993; World Bank institute 2005; Banque Mondiale, 1996) et McPake (1996). Elle souligne le blocage de l'autonomie financière au sein de l'hôpital par l'adoption de telles mesures dans les services publics en Afrique. Il existe particulièrement des rigidités sur la structure des salaires à la fonction publique et les responsabilités administratives des établissements hospitaliers sont fortement encadrées par la tutelle.

Les obstacles à l'autonomie financière et administrative réelle comme nous l'avions observé dans les deux hôpitaux maliens n'a pas permis une flexibilité dans la gestion, ni favorisé le transfert des ressources et des responsabilités vers les services de spécialité. L'engagement des professionnels de santé est resté limité car il n'y'a pas eu de variation véritable dans les niveaux de prise de décision. Cette structure de gestion du nouveau système de réforme a été à plusieurs reprises soulevée comme un problème par les syndicats, les usagers de l'hôpital au Kenya et en Ouganda, notamment en ce qui concerne la nature du pouvoir de décision du conseil d'administration qui regroupe les différents acteurs hospitaliers.

L'implication des populations locales à la gestion de l'établissement hospitalier est un des principes que la réforme cherchait à promouvoir au Mali. L'effet recherché était que les établissements hospitaliers puissent passer de l'autogestion à la cogestion avec les populations locales de sorte que celles-ci veillent à la bonne gestion de l'hôpital et contribuent au financement des activités hospitalières. Les représentants des collectivités territoriales et les élus locaux devaient définir la politique des établissements et composer presque exclusivement le conseil d'administration.

Certains exemples d'une telle dévolution sont rapportés au Kenya et en Ouganda où les groupes de pression de l'hôpital ont obtenu une structure selon laquelle le conseil

d'administration est largement autonome et contrôle la gestion, ayant à sa tête un président autre que le Ministre de la santé. En d'autres termes, la gestion et le contrôle directs des fonds et des opérations seraient assurés par une variété de partenaires au travers de leurs représentants au sein du conseil d'administration (Berman and Bossert 2000). La Banque Mondiale a soutenu de telles initiatives (World Bank 1994; World Bank institute 2005; McPake 1996; Bah, Daff et al. 2004; Banque Mondiale 1996), d'autres agences internationales et bilatérales (USAID 1998, OMS 1993) rapportent l'expérience de conseils indépendants dans les hôpitaux publics de certains pays africains (Ghana, Gambie, Zambie, Kenya, Ouganda, Mauritanie, Tanzanie, Burundi, Burkina Faso etc). Le conseil d'administration dispose de prérogatives étendues par rapport à l'ancien système centralisé.

Dans les cas sous étude, un nouveau conseil d'administration avait été mis en place. Il permettait une participation des populations locales à la gestion de l'établissement et était composé exclusivement d'acteurs externes avec voix délibérative comme le stipule l'article 59 de la loi hospitalière de 2002. Cependant le conseil réfère au Ministre de la santé pour l'exécution de ses délibérations. Cette déconcentration du pouvoir du Ministre de la santé dans la prise de décision devait permettre au directeur général de l'établissement indépendamment de ses prérogatives propres d'exécuter les délibérations du conseil d'administration. Le directeur général de l'établissement est un fonctionnaire nommé par le Ministre de la santé qui apporte l'essentiel des subventions au fonctionnement et à l'investissement. La littérature est limitée sur la question du partage des responsabilités entre le conseil et le Ministre de la santé, cependant des cas similaires ont été rapportés au Kenya, Ouganda, Burkina, Mauritanie et Burundi (Laurent 1996; Mills, Vaughan et al. 1991; McPake 1996; Collins and Green 1994). Dans ces pays, les conseils d'administration indépendants des hôpitaux sont présentés comme une prolongation logique des processus initiés par les réformes. Il s'agit des membres élus ou désignés selon le cas. Tandis que l'autonomie du conseil est claire dans ses principes, dans les cas sous étude elle est loin de la réalité de la liberté lorsque son indépendance est uniquement citée dans la loi. Certains cas de refus des décisions du conseil d'administration par le Ministre de la santé ont été rapportés dans les deux hôpitaux maliens sous étude comme le refus d'augmentation des tarifs de soins ou l'attribution de primes au personnel engagé. D'autres auteurs (McPake 1996, Balique 2003, Gov of Gambia 1988, World Bank 1993b) citent des cas où la législation proscrit elle-même les changements qui devront amener à l'autonomie du

conseil en refusant de façon implicite par exemple au conseil d'administration le changement dans la ligne budgétaire et la gestion du personnel. Cette autonomie fortement encadrée existe dans les cas où l'état réaffirme qu'il doit avoir un contrôle sur ses ressources quel que soit le niveau d'autonomie (cas au Ghana, en Gambie) (Weinberg J 1993; McPake 1996, 1994; Campos, Kewa et al. 1995). Ces restrictions vont toujours à l'encontre de la logique de gestion décentralisée pour améliorer l'efficacité comme le cas d'impossibilité d'approvisionnement de l'hôpital même parfois en cas d'urgence avérée. Dans le cas malien, la législation est là, mais ce sont les moyens de sa mise en application qui font défaut tels que la représentation proportionnée des membres (présence quasi exclusive d'acteurs externes) et la bonne orientation du conseil (absence de débat critique et faible pouvoir de décision en son sein). Certains auteurs (McPake 1996; Mills, Vaughan et al. 1991, Laurent 1996; Bah, Daff et al. 2004; Balique 1999) mettent l'accent sur l'importance d'un débat contradictoire dans le fonctionnement et l'efficacité du conseil d'administration. Ils soutiennent que si un éventail de groupes d'intérêts sont représentés dans le conseil d'administration, des objectifs participatifs sont générés mais le fonctionnement efficace peut être réduit du fait des désaccords et aboutir à des conflits qui ne sont pas totalement négatifs mais peuvent apparaître comme des tentatives de résolution des problèmes qui ne pourraient être régis par le statu quo. Partant des rôles dédiés aux conseils en Afrique au sud du Sahara, de leur composition, des alternatives doivent être proposés afin qu'en plus de l'orientation stratégique de l'hôpital que les membres du conseil puissent jouer un rôle important dans la gestion interne. Ce qui devrait permettre d'identifier les qualifications des membres selon les priorités de l'hôpital afin d'assurer un équilibre entre les milieux cliniques et gestionnaires dans la réalisation des objectifs. (Balique 2004; McPake 1993,1996; Mills, Vaughan et al. 1991) confirment que les compétences des membres du conseil d'administration sont fonction du rôle qui lui est assigné et que le directeur général de l'hôpital et le conseil assumeront peu de responsabilité tant que les décisions concernant la gestion des ressources et du personnel ne sont pas réellement déléguées comme c'est le cas au Mali. La décentralisation consistant uniquement à transférer certaines fonctions au niveau régional ou provincial est un autre exemple fréquent dans de nombreux pays d'Afrique du Moyen Orient. (Bossert 1998). La création d'énormes hôpitaux autonomes a aussi été tentée en Inde et au Zimbabwe par exemple sans changement dans le système de financement et de paiement (Govindaraj and Chawla 1996). De nombreux efforts

ont été faits pour promouvoir le secteur privé, à travers notamment la sous traitance, les ONGS et les associations et l'aide de donateurs extérieurs sans bouleversement de la législation ou de l'environnement local institutionnel et financier. (McPake 1997).

La léthargie dans le fonctionnement du conseil d'administration dans les deux hôpitaux maliens était aussi en lien avec la capacité faible pour ces derniers de financer leurs activités et à permettre une équité d'accès aux services de santé. Malgré la réforme par le recouvrement des coûts, le financement de la santé au Mali continue à relever essentiellement du financement direct des ménages (57 %), des fonds publics (18 %) et des fonds extérieurs (13 %). Ce problème est persistant dans d'autres contextes comme la Colombie qui a étendu son système d'assurance maladie mais certains segments de la population restent non couverts (Colombia Health Sector Reform Project, 1996), le Chili a créé un système d'assurance privé à double vitesse avec une dépense par habitant dans le privé qui représente le double de ce qui est dépensé dans le service public (Bitran and Almarza 1997), les districts sanitaires en Zambie reçoivent actuellement moins de fonds qu'avant la réforme, le recouvrement des coûts limite certainement encore l'accès.

Dans beaucoup de pays à faible revenu, les hôpitaux publics ne peuvent compter que sur le gouvernement et les partenaires au développement pour le financement des activités sur la base d'un paquet de services négocié entre la tutelle et l'hôpital. La tutelle est quant elle dépendante de l'aide extérieure, donc l'influence négative des facteurs exogènes est mise en évidence. Il s'agit des conditionnalités de financement imposées par les partenaires techniques et financiers (McPake 1996, 1993; Balique 2004; Mills, Vaughan et al. 1991, Folz 1994) dans le cadre des politiques d'ajustement structurel et des restrictions budgétaires sévères qui ont mené par exemple à l'introduction de paiements directs pour les consultations externes et les hospitalisations dans les établissements hospitaliers publics.

« Nous, au niveau de la Banque Mondiale, on voit la gestion des services de santé dans le public et le privé de la même façon. Les hôpitaux sont importants pour nous, j'en discute souvent avec l'OMS mais le processus de financement prend du temps (au moins 2 à 3 ans). Je me rappelle de l'accord de crédit de la banque quant au financement de la formation des gestionnaires pour les hôpitaux (25 au Cesag) (à environ 250 millions de cfa). Sinon au Sénégal et en guinée on construit souvent des hôpitaux et on assure l'équipement. La Banque Mondiale dans ses principes assiste le gouvernement et donc l'état consent un prêt au niveau de la banque...Nous faisons de

l'appui budgétaire général à l'état qui décide de l'envoyer vers les secteurs prioritaires à travers l'appui budgétaire sectoriel. Sur la base des réformes que nous souhaitons on peut demander aux états d'orienter les ressources vers ce secteur, avec eux nous définissons des indicateurs mesurables. Nous agissons sur trois volets actuellement au Mali : les ressources humaines (au niveau de la santé avec la création de la direction des ressources humaines au niveau de la santé et d'autres ministères) ; les mutuelles de santé ; la gestion décentralisée (la décentralisation). Sinon nos financements et ceux des autres bailleurs sont plus tournés vers le PRODESS, on appui et on assiste le pays dans l'exécution. Depuis un certain temps nous essayons de discuter avec l'ANEH pour voir comment les accompagner à la réalisation des évaluations au niveau des hôpitaux publics au Mali » (RepBanq).

« En juin dernier, la Banque mondiale a entrepris une autre enquête destinée à appuyer le processus d'élaboration des contrats de performance dans le cadre de la deuxième phase du Programme de développement sanitaire et social (Prodess II)....Ces contrats devraient accroître les performances du système hospitalier grâce à une subvention particulière dont le montant pour chaque hôpital sera déterminé par ses résultats. Le document avait été initialement élaboré dans le cadre de l'approche appui budget-programme de la Banque mondiale. Depuis, l'institution de Bretton Woods a donné une autre orientation à son intervention dans notre pays. Celle-ci est bâtie sur l'approche appui budgétaire global. Cette nouvelle approche change le processus de mobilisation des ressources concernées. La Banque mondiale affecte ses ressources au budget d'État, à charge pour les pouvoirs publics de les utiliser selon les priorités définies de commun accord...Le changement du mécanisme d'intervention du partenaire stratégique, donne même la possibilité à d'autres partenaires d'accompagner le processus » (RT3Mint, avril 2009).

Très souvent la réforme de la santé a été associée au déficit de financement en Afrique. A l'exception de la Zambie, où le financement est resté stable voire a même diminué, les pays à grande réforme ont significativement augmenté les budgets de santé. Pour les réformes partielles comme dans le cas au Mali, nous avons des résultats contradictoires. Certains montrent que le recouvrement des coûts a un impact négatif sur l'accès aux soins et que les mécanismes d'exemption fonctionnent assez peu (Creese 1990, Reddy and Vandemoortele 1996). D'autres montrent que la qualité des prestations et des services s'est améliorée et que la situation aurait été pire sans cet apport direct aux établissements sanitaires publics.

Il s'agit d'un inconvénient du principe contradictoire de service autonome très proche des caractéristiques du secteur privé (budgétisation déléguée, mécanismes de prépaiement etc.) et du financement public et étranger. Les modalités de financement de l'hôpital n'ont pas été

suffisamment prises en compte dans le cas malien tandis que le Kenya a procédé d'abord par une réforme du mécanisme de financement de l'hôpital public (Carrin, James et al. 2006). Le système de santé a été principalement financé à partir des impôts, mais ensuite il a graduellement introduit une série de changements en matière de politiques de financement de la santé. Le but d'un tel système est d'assurer à tout kenyan l'accès aux soins externes et aux hospitalisations et de réduire significativement les dépenses de santé financées directement par les ménages et les partenaires au développement.

Malgré l'influence des nouvelles structures de gestion, les spécifications des forces et l'adhésion du conseil et ses rapports avec le Ministère de la santé et des acteurs hospitaliers ont constitué des influences directes sur les résultats de l'hôpital dans certains pays (McPake 1996, Laurent 1996, Carrin, James et al. 2006). Au Mali, les hôpitaux continuent d'assurer le service public et l'équilibre de leur compte avec des niveaux centraux de gestion car les mécanismes mis en place dans le cadre de la décentralisation ne leur permettent pas d'être totalement sous la responsabilité des directeurs ni du conseil d'administration. Des auteurs (Bah, Daff et al. 2004; Touré 2004; Deroux 2004; Mills, Vaughan et al. 1991; Fall 2004, Baliq 2002, 2004) suggèrent que le Ministère de la santé puisse permettre plus de flexibilité dans le contrôle des hôpitaux selon les principes de la décentralisation et d'identifier dans le cadre du fonctionnement du conseil des représentants de différentes composantes notamment les professionnels de santé, les usagers à travers des compétences diversifiées.

En définitive, il existait un transfert partiel de certaines compétences administratives de la tutelle spécifiquement par l'obtention de recettes, la composition du conseil d'administration qui n'est plus présidé par le Ministre de la santé, la planification stratégique (projet d'établissement). L'hôpital est fortement dépendant des ressources de la tutelle, d'autres auteurs (Mills, Vaughan et al. 1991; Baliq 1999; Acodess 1999; Bah, Daff et al. 2004; Siddiquee NA 1997; Larbi 2002; MCPake 1996; Condé, Camara et al. 2004) indiquent qu'en matière de santé la décentralisation complète est difficile à obtenir. Ils penchent plus vers des variantes comme la déconcentration verticale (1) où l'autorité directe reste au niveau central (Ministère de la santé) et horizontale (2) le niveau périphérique (hôpital) détient le pouvoir de coordination et l'autorité immédiate sur les activités et les ressources, le niveau central ne gardant qu'une autorité technique. Le cas malien ressemble à la première variante à savoir une



déconcentration verticale où l'essentiel des fonctions de gestion sont centralisées auprès de la tutelle. L'état n'accorde que le pouvoir d'obtention de recettes en encadrant son exécution et la planification des activités suivant les orientations fixées au plan national (PDSS) et soumis à l'approbation de la tutelle. La littérature cite des situations similaires dans bien des pays africains où la mise en œuvre des principes de la décentralisation et les transformations effectuées dans les établissements hospitaliers n'ont pas été faites de façon cohérente (Guinée, Sénégal, Togo, Burkina Faso, Cameroun, RDC, Rwanda, Madagascar, Niger, Tchad) (Bah, Daff et al. 2004; Laurent 1996; Campos and Kewa 1995; USAID 1998; Larbi 2002; World Bank Institute 2005; Banque Mondiale 1996).

Dans beaucoup de cas, la mise en œuvre de la délégation ne diffère guère de celle de la déconcentration (Tanzanie, Ghana, Zambie, Burkina Fasso, Guinée, Cameroun, RDC, Niger, Madagascar etc.), les entités déléguées fonctionnent très souvent comme des services subordonnés à l'administration centrale pour plusieurs fonctions (Mills, Vaughan et al. 1991; Coulibaly 1997; Médard 2006 ; Laurent 1996 ; Condé, Camara et al. 2004).

En conclusion générale, si la réforme hospitalière répondait à un besoin réel lié au dysfonctionnement dans le système hospitalier, sa conception a souffert du manque de vision des cadres nationaux et étrangers et des partenaires au développement qui l'ont initié. Le processus n'a pas été entièrement conduit par les autorités nationales ou/et régionales donc le changement n'a pas été délibéré, ciblé. La planification de la réforme est remise en cause, elle était vaste car elle touchait plusieurs aspects de la structure hospitalière difficile à circonscrire. Le changement aurait visé le long terme et avoir un effet durable dans le temps. Les changements effectués auraient mieux réussi s'ils étaient tenus de façon graduelle et s'assurer comme dans le cas de la réforme du financement (FNAM Kenya, Carrin, James et al. 2006) qu'elle est bien conçue, sa mise en œuvre ainsi que les changements organisationnels exigés ont été pris en considération. Les caractéristiques du pays modèlent les changements introduits, ceux-ci n'ont pas été priorisés dans le cas malien. Par exemple, l'administration publique du Mali est de façon générale fortement hiérarchisée, avant la décentralisation un partage formel des rôles des différents acteurs de l'hôpital aurait dû permettre à la tutelle d'accorder pleinement l'autonomie aux hôpitaux.

Dans une certaine mesure, la mise en œuvre pourrait être facilitée par les leçons tirées de l'expérience des réformes ciblées dans d'autres cas comme le financement de l'assurance maladie au Kenya. Par exemple : la réforme du financement de l'assurance maladie lancée sous forme de projet pilote dans une ou plusieurs régions représentatives a été suggérée comme une façon d'évaluer de nouvelles procédures avant qu'elles ne soient introduites sur une plus grande échelle. Il a aussi été conseillé de mettre en place des groupes de travail pour chacune des tâches fondamentales du financement comme pour la qualité et les contrats, la publicité et l'éducation, la formation en gestion et les technologies de l'information et le suivi et évaluation.

La planification n'a pas tenu compte de la faisabilité financière, la dynamique du changement n'a pas été soutenable par les capacités financières de l'hôpital et de l'État. Et les acteurs ont été peu impliqués dans le processus de sorte que le facteur humain semble avoir été peu pris en compte par rapport à l'aspect institutionnel. Il s'agissait d'un processus nouveau, appréhendé par les acteurs comme un exercice pédagogique afin de capitaliser des expériences pour solidifier les prochaines phases du processus de réforme qui s'inscrit dorénavant dans le cycle de planification sanitaire nationale. Toutes les initiatives et projets de réforme évoluent et changent sous l'effet de nombreux facteurs internes et externes au secteur de la santé. Au fur et à mesure que les problèmes surviennent, les décideurs doivent être capables de réorienter le contenu et le rythme des réformes. L'objectif est de choisir les voies et les moyens indiqués pour conduire le processus (Carrin, James et al. 2006, Kaddar 2004).

Les réformes du secteur de la santé imposées par les forces externes n'ont pas été, en général, de nature à atteindre les nobles objectifs qu'elles s'étaient fixées. Elles ont conduit souvent à une dégradation de la situation sanitaire, au moins à court terme. Dans les pays de l'Asie centrale, la dégradation des services de santé après l'effondrement du bloc soviétique a été énorme (Liu, Hsiao et al. 1995). La décentralisation en Afrique par exemple au Sénégal a également mis en danger les services locaux de santé. Dans de nombreux pays, l'accroissement des paiements directs des soins est associé aux mesures de réforme et d'ajustement du secteur de la santé (Chawla, Berman et al. 1998 1999).

### **6.3 Les enjeux au regard de la transformation des mécanismes de gestion des services médicaux**

La délégation de la responsabilité financière et administrative au niveau des services de spécialité est un prolongement du processus de délégation qui a été promu selon l'intention politique de la réforme. Les transformations structurelles liées aux changements de structures décrites dans les sections précédentes sont menacées si elles n'intègrent pas les enjeux exprimées par les différents groupes d'acteurs de l'hôpital. Les enjeux propres aux projets de réforme les plus cités dans la littérature est l'amélioration de la performance financière de l'établissement hospitalier et l'optimisation des dépenses hospitalières, elles sont liées à la pression des partenaires techniques et financiers (McPake 1996, 1993; Balique 2004; Mills, Vaughan et al. 1991;Folz 1994; Condé, Camara et al. 2004).

Au niveau des enjeux, les gestionnaires responsables des deux établissements se sont investis dans le contrôle interne des services en tentant de rendre les médecins-chefs imputables. La mise en place dans l'établissement Y d'un tel mécanisme de contrôle interne s'est matérialisé par la fixation de quotas d'actes par médecin et l'utilisation de protocoles pour optimiser la décision médicale. Ces initiatives qui ressemblent plus à une tentative de démedicalisation des services de spécialité sont en lien avec la résistance des médecins. Ils craignaient une perte de leur autonomie de pratique et la rationalisation de la pratique tandis que les infirmiers aspiraient à une valorisation de leur rôle. Elle a été intensifiée dans l'établissement X où ils étaient plus investis dans l'exécution des tâches médico-administratives. La réorganisation interne était donc affectée par le degré de rigidité des barrières professionnelles. Elles limitent la participation des professionnels et à une influence négative sur le processus de changement dans les deux établissements. La résistance semble être associée à l'absence d'incitatifs et de sensibilisation des acteurs au projet de réforme à sa source. Pour ajuster les positions, chaque groupe d'acteurs a formulé des stratégies de réactions. Tous les sites ont tenté à des degrés divers d'implanter un modèle de gestion déléguée en transférant une partie des ressources cliniques aux services et départements qui traditionnellement étaient sous un contrôle complet de la direction générale. Dès lors, les médecins et infirmiers devaient être capables d'assumer les nouvelles responsabilités liées au changement dans le mécanisme de gestion de leurs services. McPake (1996) conclut à un échec des réformes dans les cas où l'hôpital adopte des valeurs orientées vers le profit (performance financière dans nos cas) tandis que le personnel

reste dans la logique publique non lucrative. La réponse potentielle et les gains attendus ne seront pas réalisés. Les directions générales des deux établissements préfèrent plutôt limiter les professionnels de santé particulièrement les médecins à l'écart de l'organisation de manière à maintenir une forte autonomie administrative et minimiser le risque d'une médicalisation de l'hôpital. Il s'agit d'un choix qui complexifie l'intégration des professionnels (Bah, Daff et al. 2004; Touré 2004; Fall 2004) à un processus de gestion et contrarie avec l'objectif de la transformation de structure. Les gestionnaires sollicitent l'avis des professionnels car ils se trouveraient renforcer dans leur prise de décision tout en sachant que la décision finale leur revient comme le cas de la restauration du comité de gestion et l'élargissement du comité de direction aux médecins-chefs respectivement dans l'établissement X et Y. D'autres stratégies ont été mobilisées selon les ressources dont dispose chaque direction générale. Elles déterminent les rapports avec le personnel. Il s'est agi de la notification aux services de l'enveloppe budgétaire consacrée aux achats d'équipements médico-techniques dans l'hôpital X ou l'élaboration de fiches de fonction et la mise en place d'interface entre le personnel infirmier et la direction générale dans l'hôpital Y. Ce sont des choix qui ne sont pas priorisés par la loi hospitalière, elle n'est pas claire sur la définition des responsabilités dévolues aux acteurs. Les budgets ont été parfois notifiés aux médecins-chefs dans des rares cas dans les pays africains (Bah, Daff et al. 2004; Deroux 2002; Balique 2004, 1999; Condé, Camara et al. 2004). Ces écrits n'indiquent pas toute fois si cela a été porteur d'une plus grande intégration des professionnels à la gestion ou les effets positifs éventuels sur la gestion globale de l'établissement hospitalier. Le manque de sensibilisation des acteurs aux nouveaux rôles et l'absence de mesures incitatives font que les professionnels de santé ont adopté certaines positions hostiles comme la recherche de « baronnie » et la tentative d'inversion de la vision de la réforme respectivement dans l'hôpital X et l'hôpital Y. On peut cependant noter une implication relativement meilleure du personnel infirmier, elle a été liée à leurs rôles dans la gestion et la coordination des activités des services bien avant la réforme. La stratégie de ce personnel était la recherche de l'autonomie professionnelle et le renforcement de l'effectif particulièrement dans l'hôpital X.

#### **6.4 La collaboration interprofessionnelle et les jeux de pouvoir des acteurs**

Les orientations stratégiques et les opérations de l'hôpital sont fortement influencées par les activités et les aspirations des médecins, des gestionnaires, et des infirmiers. Ces trois principaux

groupes de professionnels autonomes très qualifiés est à même d'exercer ce genre d'influence. Plus précisément, les décisions cliniques individuelles des médecins influencent les actions et les décisions de l'hôpital ; les infirmiers valorisent des projets professionnels et exécutent l'essentiel des tâches médico-administratives; enfin les gestionnaires ont une responsabilité reposant spécifiquement sur la dimension financière (négociation et distribution des ressources). L'hôpital est donc un compromis social qui renvoie à des règles de jeux, c'est-à-dire des mécanismes de formation des décisions légitimes afin de combiner la gestion et la représentation d'intérêts sociaux divergents ou conflictuels. Les règles permettent aux groupes d'acteurs fortement autonomes d'entrer en rapport. Dans le cadre général d'un encouragement à la coopération interprofessionnelle dans les deux hôpitaux sous étude, les textes (loi hospitalière et loi d'orientation en santé, procédure de référence interne de la direction générale) ont en particulier formellement reconnu l'intérêt d'une plus grande intégration professionnelle. Les hôpitaux sont des organisations autonomes avec des professionnels autonomes et fortement syndiqués. Leur mobilisation en faveur des orientations de la réforme n'est pas toujours évidente. La départementalisation et la fusion des équipes professionnelles dans les deux cas étaient sous une forte influence des tensions entre les acteurs qui étaient reliées au développement des systèmes de clans, aux conflits à l'intérieur de certaines corporations particulièrement les médecins et au déficit de communication interprofessionnelle. Ainsi l'autorité formelle des gestionnaires et le caractère coercitif des instruments réglementaires utilisés pour imposer la réforme comme la loi hospitalière peuvent entraîner des dysfonctionnements car le changement ne peut se définir comme l'imposition. Ce n'est pas tant la rigueur des principes ou la pureté des intentions qui commandent les résultats d'une action (Crozier et Friedberg 1977) comme dans le cas de la fusion des équipes et la création des départements fonctionnels mais l'impact de celle-ci sur les mécanismes de jeux. Dès lors, la conception nouvelle de l'hôpital public malien semble avoir pris à priori pour acquis la motivation des acteurs et occulter leur recherche du pouvoir. La difficulté pour les gestionnaires responsables des deux établissements d'agir sur la structure des services était en lien avec l'expertise du corps médical qui déterminent les choix stratégiques dominants lors des interventions et en partie à la cohésion du groupe des infirmiers stabilisée autour d'une vision commune. La gestion s'est donc complexifiée par la coexistence de plusieurs logiques de régulation : politique, bureaucratique, professionnelle et gestionnaire. Les actions des trois

acteurs (gestionnaires, médecins et infirmiers) se sont situées dans un champ inégalitaire structuré car les uns et les autres ont une volonté de contrôle des zones d'incertitudes. Dans les deux cas, face aux des règles organisationnelles générales, la structuration du jeu (les rapports interprofessionnels) par la collaboration semble se complexifier pour permettre une appropriation de la dynamique du changement. La prédominance des règles professionnelles légitimées par les professionnels est mise en évidence notamment dans le cadre de la référence des malades et la régulation des relations interprofessionnelles. Il s'agit de la standardisation des qualifications. Elle était mise en cause par les clivages intra-corporatistes particulièrement dans le groupe des médecins (plus prononcé dans le cas de l'hôpital Y) qui impactaient fortement le fonctionnement des équipes pluridisciplinaires. La conception en émergence prend donc une forme tributaire des pratiques professionnelles dont l'enjeu central à la modification est la confiance que les professionnels ont envers l'hôpital. Elle semblait fortement entamée. L'action collective visée devrait donc reposer sur un minimum d'intégration des comportements des individus ou des groupes en présence donc l'intégration des services repose d'avantage sur des enjeux humains et cliniques qu'organisationnels qui sont plutôt priorités dans les deux hôpitaux maliens. Le changement dans la direction de la responsabilité déléguée attribué aux médecins-chefs et l'intensité faible des nouvelles mesures prises comme la dépersonnalisation des salles, l'application de procédure de prise en charge des pathologies, le partage des ressources cliniques confirment de façon générale une résistance des professionnels de santé au changement qui a été particulièrement accrue dans l'établissement Y. Il semble qu'il faudra faire avec des incitatifs plutôt que des moyens coercitifs (arbitraires imposés par des personnes ex : le cas de la procédure définie par la direction générale de l'établissement X pour réguler l'intervention des professionnels dans le cas de la référence interservices des patients) pour renforcer la contribution de tous. D'où l'importance extrême du processus de coordination et d'intégration, à travers lequel les compromis, donc les décisions peuvent être obtenues. Les instances régulatrices comme la direction générale, la tutelle, le conseil d'administration doivent s'identifier aux intérêts qu'elles contrôlent et s'engager résolument à structurer le jeu collectif indépendamment des particularités individuelles des acteurs.

### **6.5 Limites de l'étude**

Les données qualitatives utilisées pour cette étude sont issues essentiellement d'entrevues, d'analyses documentaires et d'observations de réunions avec des acteurs de différents profils. Bien que la représentativité tant au niveau interne et externe des hôpitaux de l'échantillon soit assurée, les dites données ne permettent pas l'évaluation de séquences d'évènements depuis le lancement du programme de réforme en 2002. Néanmoins, la régularité de ces enquêtes (tous les acteurs internes et externes pour chaque hôpital) permettent non seulement un suivi de la réforme, mais aussi d'avoir un aperçu de l'évolution des facteurs associés à la transformation de la structure hospitalière surtout qu'elles sont appuyées par l'analyse documentaire et certaines observations de réunions. Elles documentent la perspective historique des évènements survenus dans le processus de réforme depuis 2002.

Les limites liées à la méthode concernent les entrevues qui ont porté sur les acteurs clés c'est-à-dire ceux qui devraient être au centre de la dynamique du changement. La réforme a été lancée depuis 2002, certains acteurs du changement ont quitté les établissements sous étude et les données recueillies lors des entrevues peuvent être limitées par le biais de la mémoire et par les interprétations à posteriori de certains évènements. Ceci peut influencer la qualité des données. La validité interne de l'étude est assurée par l'utilisation des deux cas (deux hôpitaux). Au niveau de la validité externe, l'étude multi-cas indique que les résultats obtenus ne sauraient être généralisés à d'autres établissements hospitaliers, cependant ils pourront servir d'éléments de réflexion pour infléchir une nouvelle dynamique au processus de réforme qui respecte le même principe de mise en œuvre commandé par la tutelle dans tous les établissements publics hospitaliers au Mali. Pour terminer, une autre limite à mentionner est que cette recherche a souffert de la faiblesse des évidences pour enrichir la discussion de nos résultats dans les sections (6.2 à 6.4) du chapitre 6. Les résultats obtenus de la collecte de nos données pourraient être difficilement ajustés par d'autres facteurs contextuels existants dans d'autres pays tels les facteurs politiques, humains, économiques et financiers, etc., comme le suggèrent Mills, Vaughan et al. (1991); MacPake (1996); Banque Mondiale (1996). D'où la limite potentielle de la classification de la réforme au Mali dans un contexte plus élargi des réformes en Afrique au sud du Sahara.

## 6.6 Apports pratiques et aide à la prise de décision

Les résultats de cette thèse fournissent des recommandations aux décideurs politiques et aux gestionnaires quant aux modes de changement structurel à privilégier ou en éviter dans le processus de réforme hospitalière en fonction des caractéristiques du contexte organisationnel sanitaire. Aussi, ces résultats informent sur la logique en matière de transformation des processus de transfert des pouvoirs du niveau central (la tutelle) à un établissement hospitalier afin d'améliorer le niveau de performance globale des systèmes de soins. Dans un premier temps, ils indiquent que pour modifier la structure des établissements hospitaliers, il faudrait rechercher une cohérence entre les buts de la réforme et les buts et les intérêts des concernés (acteurs internes) au lieu de négliger la composante humaine, comme cela a été le cas dans la plupart des réformes. Il faudra donc connaître la logique à donner à la politique de réforme avant de modifier ne serait-ce qu'une seule modalité d'une fonction à transférer. En deuxième lieu, les résultats précisent qu'il est important de connaître la capacité des acteurs à s'approprier la réforme avant de mettre en place des leviers de changement (mise en place des structures comme les commissions, les conseils etc.). En troisième lieu, modifier un mode de fonctionnement pour accroître le niveau de fonctionnement de l'établissement ne pourrait se faire adéquatement sans tenir compte de ses enjeux pour les acteurs et la connaissance des caractéristiques principales du contexte clinique (les jeux de pouvoir en présence dans le milieu clinique). Enfin, tout changement au niveau de la structure hospitalière devrait se faire avec précaution et de façon graduelle (et non radicale comme c'est le cas au Mali) en connaissance des effets pervers potentiels, mais aussi des priorités et des valeurs existantes dans l'établissement.

A partir des résultats obtenus, il est possible de formuler certaines recommandations pour améliorer la mise en place des mesures susceptibles de renforcer le processus de la réforme hospitalière en cours au Mali. Il s'agit de propositions qui s'articulent autour de la planification, de la mise en œuvre et du suivi évaluation de la réforme.

### *En ce qui concerne la planification de la réforme*

1) Élaboration d'un projet d'établissement réaliste et organisation d'une concertation élargie autour des objectifs de la réforme

Élaborer et finaliser tous les éléments techniques et financiers de la deuxième phase de la réforme hospitalière, qui seront discutés et soumis à l'avis de tous les acteurs internes et



externes concernés. Ces éléments composeront le projet d'établissement (accord quinquennal d'établissement) qui sera discuté et validé par tous les acteurs de l'hôpital (personnels hospitaliers, associations d'usagers, Fédération Nationale des Associations de Santé Communautaires, Union Technique de la Mutualité Malienne, Institut National de Prévoyance Sociale, élus des collectivités décentralisées, partenaires au développement, ordres professionnels, etc.). Ce projet d'établissement doit être compatible avec les objectifs du schéma d'organisation sanitaire nationale et déterminer les moyens en personnel et en équipements, dont l'hôpital doit disposer pour réaliser ses objectifs.

## 2) Programmation financière réalisable de la réforme

Concevoir un cadre budgétaire et financier hospitalier, sur lequel reposera le nouveau système de gestion des hôpitaux et qui comprendra notamment un nouveau plan comptable hospitalier et les documents obligatoires (compte administratif, compte de bilan, etc.). Ce cadre budgétaire devra répondre autant aux exigences d'un établissement public de l'État, soumis aux règles de la comptabilité publique, qu'à celles d'un établissement autonome (souplesse dans la mobilisation et l'exécution des ressources hospitalières compte tenu de la spécificité de l'hôpital), orienté vers la recherche de la performance. La programmation budgétaire doit tenir compte de la capacité contributive réelle des différents intervenants (hôpital à travers le recouvrement des coûts, l'état, les collectivités locales, les partenaires au développement etc.) dans le financement de l'hôpital pour définir une prévision budgétaire capable de supporter les charges liées aux changements structurels.

## 3) Diffusion des textes réglementaires et législatifs relatifs de la réforme

La conduite préalable de grands débats nationaux sur la situation actuelle des hôpitaux publics et sur les mesures à prendre pour qu'ils répondent aux besoins du pays : une large compréhension de ces dispositions aussi bien par les professionnels de santé que par les grands pôles de mobilisation des populations, que sont notamment les médias et les partis politiques, constitue une des conditions essentielles du succès de ce type de réforme.

Procéder à une dissémination de tous les textes de la réforme auprès des acteurs concernés. Il s'agit particulièrement de la loi hospitalière afin que tous les acteurs s'approprient son contenu. La loi sera discutée et expliquée au cours de deux ateliers : (1) un premier atelier, qui sera réalisé lors du séminaire regroupant les directeurs d'hôpitaux, les présidents des commissions médicales d'établissement et les directeurs régionaux de la santé, (2) un second

atelier regroupant essentiellement des professionnels de santé, des universitaires et d'autres intervenants hospitaliers. Une telle démarche pourrait prévenir de nombreux conflits et les dysfonctionnements inhérents à la mauvaise interprétation des dispositions de la loi par les différents groupes d'acteurs de l'hôpital.

*En ce qui concerne la mise en œuvre de la réforme*

1) Redéfinition du cadre d'exercice de la tutelle pour alléger la chaîne de prise de décision

L'application rigide de règles standardisées élaborées au niveau central par la tutelle peut être inappropriée et inadaptée dans un contexte où c'est l'autonomie de gestion de l'hôpital qui est visée. Par conséquent, l'exercice de la tutelle nécessitera un changement profond de mentalité au sein de l'administration centrale, qui devrait passer d'une position hiérarchique à des relations contractuelles, reposant sur l'octroi de subventions aux hôpitaux et la conduite d'évaluations externes. Les directeurs interviewés pensent que l'autonomie qui leur ait accordé est trop limitée pour être efficace. Par exemple, la tutelle pourra être sensibilisée pour clarifier aux hôpitaux l'autonomie financière et administrative réelle notamment au conseil, aux gestionnaires et aux professionnels de santé pour les rendre effectivement responsables de la gestion. Ainsi le conseil pourra engager financièrement l'hôpital, et appliquer les mesures concernant la gestion du personnel de l'hôpital.

Une fonction essentielle liée à la tutelle portera sur l'approbation des projets d'établissement sur lesquels reposeront les nouvelles relations contractuelles entre l'État et ses hôpitaux qui permettront ainsi la signature de « contrats d'objectifs et de moyens ». L'élaboration des critères permettant l'instruction des projets d'établissement soumis à la tutelle pourront comprendre notamment : la conformité au schéma d'organisation des hôpitaux, la pertinence des objectifs fixés, le réalisme de l'étude de faisabilité, la justification des besoins en investissement (travaux, achats d'équipements, formations, etc.) et en ressources humaines, la justification des besoins de financement (subventions, prêts remboursables etc.), les prévisions économiques (productivité, rendements, apport des partenaire etc.), la motivation du personnel, l'organisation des urgences et du service de garde etc.

2) Formation des gestionnaires à la pratique de la gestion hospitalière

Pour l'équipe de gestion dans les hôpitaux, la maîtrise de la gestion dans toutes ses composantes pour assurer la disponibilité des services devrait être requise. La formation en cours d'emploi des directeurs actuellement en fonction en gestion hospitalière constitue une

réponse à leur manque de compétences dans l'organisation et le fonctionnement de l'hôpital. En effet, elle permettra non seulement de renforcer dans les meilleurs délais les capacités des équipes de directions à mieux cerner les enjeux de la réforme et à prioriser les besoins hospitaliers. Une telle formation pourra également concerner les médecins et les infirmiers impliqués dans la gestion au niveau des services de spécialité. Aussi, le révérenciel métier de gestionnaire hospitalier élaboré depuis 2002 par la mission d'appui à la réforme hospitalière pourrait être mis en application.

### 3) Promotion du dialogue entre les acteurs hospitaliers et le renforcement de la capacité d'action des organes de gestion

Il faudrait que les conflits liés à l'absence de concertation et d'interaction entre les acteurs internes (médecins, gestionnaires, infirmiers) de l'hôpital soient prévenus, soit par la révision de la composition actuelle des conseils, la redynamisation des autres organes de gestion et par la formalisation de certains organes préexistants avant la réforme comme le comité de gestion.

(a) Rendre fonctionnel les organes consultatifs de gestion : sensibiliser les directeurs des hôpitaux aux enjeux de la présence des organes de gestion conçus dans le cadre de la réforme comme des outils d'aide à la prise de décision. La commission médicale d'établissement (CME) et la commission des soins infirmiers et obstétricaux (CSIO) pourront être redynamisées en créant des incitatifs pour faciliter leur fonctionnement (exemple l'octroi de prime de session lors de la tenue des réunions statutaires) et par la mise en place d'un cadre permanent de dialogue avec l'administration hospitalière.

(b) Réviser la composition du conseil d'administration : la composition du conseil pourra être révisée de sorte qu'une représentation proportionnée des différents groupes d'acteurs de l'hôpital soit respectée. Il faudra identifier les qualifications des membres en tenant compte des priorités de l'hôpital afin d'assurer un équilibre entre le milieu clinique et les gestionnaires. Il s'agit de la présence des délégués du personnel médecin, infirmier et administratif, des syndicats en plus des acteurs externes. L'application d'une gestion concertée devrait être renforcée par un leadership visible de l'équipe de gestion (contact plus direct avec les professionnels de santé, réduction du nombre d'intermédiaires) et permettre de discuter de façon concertée de la priorisation des problèmes de l'hôpital et d'apporter des solutions idoines. Les acteurs seront plus motivés pour résoudre des problèmes et mener des actions qu'ils ont eux-mêmes identifiés comme prioritaires.

#### 4) Implication des professionnels de santé à la gestion

Sensibiliser les gestionnaires à associer pleinement les professionnels de santé dans la prise de décision stratégique à l'hôpital. Pour inciter les professionnels à la gestion, il pourra être procédé par exemple à une délégation du budget dans les services afin que les conditions des travailleurs puissent refléter le succès financier de l'établissement. Cette délégation budgétaire de la direction générale aux services de spécialité consacrerait l'autonomie de ces derniers en rendant imputable les professionnels de sa gestion. Ils pourront effectuer le choix des nouvelles acquisitions en matériels de soins et se prononcer sur l'opportunité des investissements immobiliers. Cette variation dans les niveaux de prise de décision fera en sorte que chaque acteur se sentira responsable du résultat de l'hôpital.

Il faudra par ailleurs assainir et moraliser la gestion financière de l'hôpital notamment à travers la transparence dans la passation des marchés et le partage de l'information financière de l'hôpital à l'ensemble du personnel.

#### 5) Renforcement de la collaboration interprofessionnelle

Pour améliorer la collaboration interprofessionnelle, il faudra définir un cadre de concertation entre les spécialistes et les services.

(a) Une plate forme de discussion scientifique et de dialogue autour des cas pourra être initiée. Il s'agit des staffs professionnels et des réunions cliniques selon des séquences définies par les professionnels eux-mêmes en fonction du besoin. Les médecins et les infirmiers de services différents pourront ainsi partager les informations sur les malades et discuter des cas complexes qui nécessitent une prise en charge de multi-spécialité. Le cadre d'intervention des différents spécialistes sera défini par des procédures spécifiques validées par les acteurs selon les pathologies. Le renforcement de la capacité technique des équipes professionnelles (matériel de soins et logistique) est nécessaire pour les rendre capable de fournir les soins de meilleure qualité.

(b) Le processus de départementalisation était à un stade embryonnaire au moment de notre enquête (limité à un regroupement physique de certains services en grand ensemble de spécialité) et la fusion des équipes professionnelles n'était pas effective. Elle était dans les deux cas sous une forte influence des tensions entre les acteurs. Pour déplacer les frontières entre les spécialités, il est nécessaire d'agir sur les facteurs de production (ressources communes et propres aux services) mais aussi sur la configuration de l'autorité formelle dans

les services. Par exemple, la coopération entre deux services ne peut être effective que lorsque ont été fusionnées les chefferies de service (les responsabilités), les équipes soignantes, abattues les cloisons, et fusionnés les budgets. Ces relations d'échange vont rapprocher les professionnels et réduire les relations conflictuelles entre eux. Il faut regrouper les spécialités qui utilisent les mêmes clientèles, et le regroupement doit nécessairement tenir compte de l'avis des concernés c'est-à-dire les professionnels de santé.

*En ce qui concerne le suivi-évaluation de la réforme*

Effectuer des évaluations périodiques de la mise en œuvre de la réforme hospitalière par des organismes d'évaluation externes et indépendants. Il est nécessaire d'appuyer les compétences du personnel des organismes étatiques d'évaluation et d'inspection c'est-à-dire l'ANEH et l'IS. Ceux-ci doivent partager avec les établissements publics hospitaliers les termes des évaluations externes.

Pour asseoir une culture de l'évaluation, il pourra être créé un service d'audit interne au sein de chaque hôpital. Un tel service aura pour rôle de former l'ensemble du personnel à la pratique de l'évaluation (autoévaluation) et d'étudier les écarts dans la prestation de soins et la gestion des ressources hospitalières conformément aux normes et d'assurer le suivi des mesures correctives. Les termes de l'évaluation devront être connus et partagés par les différents acteurs. Une liste exhaustive d'indicateurs de mesures doit être formulée de concert avec les acteurs impliqués. Il s'agit des indicateurs de mesure de la qualité des soins, des procédures de soins, de mesure des coûts hospitaliers, de mesure d'impact des pathologies. En clair, il s'agit de (a) commanditer des audits externes dans chaque hôpital, (b) créer un poste d'audit interne et effectuer des audits internes, (c) mettre en place un comité de suivi-évaluation composé des représentants de toutes les corporations et des syndicats pour la dissémination des résultats des audits et la mise en œuvre des mesures correctives, (d) définir des normes ou procédures de bonnes pratiques pour l'évaluation de la qualité des soins dans les hôpitaux et l'intervention des équipes professionnelles.

*Pistes de recherche futures*

Ce travail ouvre des pistes de recherche passionnantes, mais surtout importantes pour comprendre et renforcer le processus de réforme hospitalière au Mali. Voici quelques propositions.

*Premièrement*, il serait nécessaire que des études comme celle que nous venons de réaliser soient reproduites sur les hôpitaux des régions pour confirmer la validité externe des modèles types de décentralisation et des réactions des groupes d'acteurs à sa mise en œuvre. Les hôpitaux des régions seront concernés par les prochaines phases du processus de réforme au Mali. Ces études serviraient aussi à vérifier si les liens identifiés entre le type de décentralisation étatique et les réactions des acteurs restent robustes.

*Deuxièmement*, pour rendre effectif l'autonomie de gestion attribuée aux hôpitaux publics, l'hôpital doit disposer de ressources nécessaires et disponibles. Une étude pourra explorer d'autres alternatives de financement de l'hôpital au-delà des modes de financement classiques qui sont essentiellement publics et étrangers. Ces sources de financement ne doivent pas entamer l'accessibilité financière aux établissements hospitaliers.

*Troisièmement*, mener une étude récapitulative sur les expériences des équipes multi-professionnelles fonctionnelles dans d'autres contextes hospitaliers et qui pourront servir de cas d'école pour améliorer les relations entre les intervenants de l'offre de soins dans l'ensemble des hôpitaux maliens. Par exemple, le cas du service de médecine interne dans l'hôpital Y peut être mieux exploré.

*Quatrièmement*, faire une étude pour proposer une nouvelle façon d'exercer la tutelle sur les hôpitaux tout en préservant leur autonomie de gestion. L'exercice de la tutelle devrait aller au-delà du discours politique pour évoluer réellement vers un rôle de conseil et d'accompagnement des établissements publics hospitaliers.

*Cinquièmement*, faire un état des lieux sur la situation actuelle et passée des hôpitaux depuis le lancement de la réforme, plus précisément pour sortir les écarts chiffrés sur les résultats sur le plan médical, de l'accueil et des soins infirmiers, de la gestion, etc. Du point de vue de la méthode, ces résultats pourraient permettre d'établir la valeur ajoutée de nos analyses effectuées dans cette thèse et confirmer les effets obtenus de la réforme.

*Finalement*, évaluer la capacité actuelle de l'équipe de direction des établissements hospitaliers à conduire à terme les changements structurels prévus par le programme de réforme. Il s'agit d'évaluer leur habilité dans le management et dans l'organisation des soins hospitaliers.

### **6.7 Apports théoriques**

Avec la réforme hospitalière, le Mali veut donner une nouvelle impulsion au fonctionnement de l'hôpital afin qu'il réponde au mieux au besoin des patients. Les hôpitaux ont besoin de structures performantes pour relever les défis des nouvelles missions qui leur sont confiées à savoir la prestation de soins, la formation et la recherche.

Jusque là, les auteurs analysent la réforme hospitalière en Afrique à partir des effets recherchés et/ou parfois s'interrogent sur les mécanismes mis en place sans les mettre face à face de manière à sortir clairement les écarts entre les intentions politiques et les changements réellement effectués dans les hôpitaux. En clair, ce sont des analyses qui s'intéressent peu à l'effet structurel inhérent à la mise en œuvre de la réforme sans quantifier les écarts permettant réellement de caractériser le type de réforme et d'en tirer les enseignements utiles et de questionner les acteurs sur sa mise en œuvre. Cette recherche va plus loin et apporte une connaissance plus globale de l'analyse de la réforme à travers différents modèles théoriques (le modèle de décentralisation étatique et celui de l'analyse stratégique). Il s'agit de cadre de référence pour une compréhension large du changement organisationnel hospitalier particulièrement en Afrique. Bien que les deux cadres utilisés soient conceptuellement distinctes, ils coexistent simultanément et se complètent dans la perspective d'analyse au sein d'une organisation. L'approche structurelle de l'hôpital ainsi définie essaye de « prendre le tout de façon large » et de confronter plusieurs discours selon les différents acteurs externes et internes engagés dans les jeux de pouvoir au sein de l'établissement public hospitalier.

Par ailleurs, les résultats obtenus dans cette recherche apportent un soutien important dans l'analyse des organisations suivant certains principes : une réforme de décentralisation étatique repose sur plusieurs dimensions autour desquelles est construit le premier cadre d'analyse utilisée par cette thèse à savoir les effets recherchés, les mécanismes mis en place et les transformations structurelles effectuées. Les effets recherchés donnent une orientation politique de la réforme entreprise par la décentralisation. Ils servent également de critères d'évaluation de départ de cette réforme. Les mécanismes mis en place définissent à l'aide des fonctions transférées et des interrelations existantes entre l'organisation hospitalière et la tutelle, permettent ainsi d'analyser la dynamique des moyens et des ressources mobilisées. Enfin, les transformations structurelles permettant une analyse spécifique et réaliste de la situation pour décrire les écarts obtenus à partir de la réforme prévue et de celle réalisée. Les

réformes de décentralisation étatique présentent des enjeux importants pour les groupes d'acteurs qui adoptent des positions selon les intérêts qu'ils défendent soit pour consolider ou affaiblir le processus de réforme. Le second cadre renseigne sur les jeux des acteurs dans le cadre de la transformation de la structure. Il met une emphase sur les stratégies développées par ces derniers pour influencer la forme organisationnelle hospitalière.

L'alignement des deux modèles ne traduit pas simplement la juxtaposition des modèles multidimensionnels qui abordent la réforme, mais plutôt une intégration de diverses façons de concevoir la réforme sans que cela ne soit trop complexe. L'analyse de la réforme de décentralisation étatique consiste donc à considérer toutes les composantes qui caractérisent la dynamique de changement dans une organisation en même temps, de confronter plusieurs discours et présentations de la réalité selon les acteurs concernés. Cette approche globale qui est surtout qualitative relève d'une conception analytique de la connaissance.

Partant des dimensions de la décentralisation, la forme des organisations hospitalières est circonscrite à partir de caractéristiques conceptuelles distinctes et présentes simultanément. Bien qu'une variété de combinaisons des caractéristiques organisationnelles soit envisageable, il ne peut être observé dans les faits qu'une variété limitée de configurations structurelles liées à la décentralisation étatique (essentiellement la déconcentration et/ou la délégation selon nos cas). Ce nombre limité s'expliquerait par la similitude qui existe entre les différentes structures organisationnelles, le profil des acteurs clés externes et internes de l'hôpital et les caractéristiques propres à l'organisation hospitalière qui est une bureaucratie professionnelle dominée par des professionnels dotés d'un grand pouvoir d'influence. Donc la réforme hospitalière est comprise par le potentiel des changements structurels mais aussi par les interactions entre ses composantes ou caractéristiques et les intérêts des acteurs.



## Chapitre 7 Conclusion

Malgré l'adoption de nombreuses mesures destinées à son amélioration, la situation des hôpitaux au Mali est encore très préoccupante. Non seulement le service public hospitalier n'est pas assuré comme il devrait l'être, mais de plus cette situation enferme les hôpitaux dans l'impasse qui ne fait qu'accentuer leur dégradation. Cette situation est d'autant plus grave que c'est l'ensemble du système de soins qui se trouve ainsi "menacé". Comme plusieurs pays en Afrique au sud du Sahara (Balique 1999; 2004; Reshaoc 1998; Fall 2004; Acodess 1990, 2001; Larbi 2002, McPake 1996; Mills, Vaughan et al. 1991; Condé, Camara et al. 2004), le Mali s'est engagé sur la voie de la réforme de son système hospitalier pour s'assurer que l'hôpital public puisse répondre aux défis sanitaires existants. La réforme s'appuie sur la loi hospitalière qui définit son cadre juridique.

L'objectif de cette étude était de décrire et analyser comment l'hôpital malien se transforme sous la pression de la réforme hospitalière de 2002 qui favorise une décentralisation des pouvoirs de l'État et d'étudier comment les groupes d'acteurs réagissent face à ces changements. Pour répondre à cet objectif, l'étude multi-cas a été effectuée dans deux hôpitaux publics qui présentent plusieurs caractéristiques similaires (hôpital X et hôpital Y). Elle a permis d'analyser la logique du transfert des pouvoirs de l'état aux établissements hospitaliers et d'examiner du point de vue des acteurs les enjeux et leurs stratégies pour influencer la nouvelle forme émergente de l'hôpital. Le cadre d'analyse utilisé a intégré deux perspectives théoriques, le cadre d'analyse logique de la transformation structurelle de l'hôpital (tableau 1) et le cadre d'analyse stratégique de Crozier et Friedberg, (tableau 2) pour décrire les changements structurels internes effectués, les réactions des groupes d'acteurs clés de l'hôpital face aux changements et les perspectives à envisager pour améliorer la transformation hospitalière. Les résultats obtenus à partir des objectifs de la réforme ont mis en exergue un certain nombre de constat : la mise en œuvre des objectifs de la transformation de structure est faible dans les deux hôpitaux, elle est faiblement soutenue par la tutelle qui garde un contrôle important sur le fonctionnement des hôpitaux. Dans les deux cas, des initiatives ont été prises par les directeurs généraux en plus des directives de la loi. Certaines d'entre elles étaient parfois en conflits avec la loi (restauration du comité de gestion dans l'hôpital Y et

élargissement du comité de direction aux médecins dans l'hôpital X). Malgré ces initiatives, les professionnels de santé tardaient à s'inscrire dans la logique du changement. Ils étaient majoritairement résistants particulièrement les médecins tandis qu'à l'intérieur du groupe professionnel les infirmiers recherchaient des alliés pour se positionner dans l'arène de prise de décision.

Suite à la transformation structurelle de l'hôpital initiée dans les deux cas, les principaux changements ont porté sur le fonctionnement des "organes" d'administration et de gestion, leur composition, le financement de l'hôpital, la gestion du personnel, les modalités de transfert des responsabilités de l'administration hospitalière aux services de spécialité et les rapports de coopération interpersonnels. Les deux hôpitaux malgré l'autonomie de gestion étaient soumis à une régulation publique forte qui s'opérait au niveau de la tutelle du Ministre de la santé (déconcentration). Elle a concerné la gestion des ressources humaines, la gestion financière et du matériel. Dans les deux cas, en dehors du conseil d'administration, les autres instances consultatives de gestion (Cme et Csio) étaient peu fonctionnelles. Cette fonctionnalité était en lien avec l'interprétation que les acteurs faisaient de leur rôle. Elle pouvait également déterminer leur degré de soutien au changement qui était plus élevé dans l'établissement X, tributaire d'un climat social relativement apaisé. Les principales variations ont concerné les réactions des acteurs aux changements de la structure selon le type de transformation structurelle et légèrement d'un établissement à un autre comme le démontrent les sections suivantes.

Face à la recomposition du conseil d'administration, les données collectées dans les deux cas ont révélé une réaction offensive (implication administrative) plus accrue des médecins dans l'établissement X en plus de la défense de leur autonomie de pratique dans les deux cas. L'attitude des infirmiers était fonction du climat de confiance avec l'administration hospitalière et du degré de sensibilisation. Dans les deux cas, ils recherchaient plus d'autonomie professionnelle et apportaient un soutien plus important au changement comparé aux médecins.

La révision des mécanismes de gestion des services médicaux est une conséquence du processus de délégation par l'autonomie administrative et financière accordée aux établissements hospitaliers. Dans tous les hôpitaux, le transfert des responsabilités

administratives de la direction générale aux services n'a pas été effectif (limité à la délégation de certaines ressources matérielles aux services) et l'ensemble des budgets est resté centralisé. Il existait une différence dans les initiatives qui ont été prises. Leur degré de succès a été relié à la volonté des médecins d'étendre leur compétence en gestion (une petite minorité de l'établissement Y était favorable) et à leur intégration administrative par les gestionnaires responsables de chaque établissement. Au niveau des enjeux dans les deux hôpitaux, les gestionnaires entendaient effectuer un contrôle interne des services en rendant les médecins-chefs imputables alors que ceux-ci craignaient une rationalisation de leur pratique (démédicalisation des services). Les infirmiers aspiraient à une valorisation de leur rôle qui a été intensifiée dans l'établissement X où ils étaient plus investis dans l'exécution des tâches médico-administratives. Les résultats supportent une différence dans les stratégies développées dans chaque hôpital. Dans l'établissement Y, l'équipe de gestion a procédé à une description des tâches, l'élaboration de fiches de fonction et la mise en place d'interface avec le personnel infirmier tandis que la direction de l'hôpital X a tenté l'intégration administrative des médecins par la notification de l'enveloppe budgétaire consacré aux achats d'équipements médico-techniques. La réaction des médecins reflétait deux réalités contradictoires dans les deux cas (1) ils tentaient d'inverser la vision stratégique de la réforme (illustré par la récurrence des sujets universitaires et cliniques lors des réunions professionnelles), et (2) ils exigeaient une égalité d'accès à l'information financière et aux mêmes avantages que les gestionnaires (recherche d'une « baronnie » traditionnelle). La stratégie du personnel infirmier était la recherche de l'autonomie professionnelle et le renforcement de l'effectif particulièrement dans l'hôpital X.

La révision du mode de collaboration interprofessionnelle était dans les deux cas sous une forte influence des tensions qui existaient entre les acteurs, celles-ci étaient reliées au développement des systèmes de clans, aux conflits à l'intérieur de certaines corporations et au déficit de communication interprofessionnelle. Les changements dans la direction de la responsabilité déléguée attribué aux chefs de département et l'intensité faible des nouvelles mesures prises comme la dépersonnalisation des salles, l'application de procédures de prise en charge des pathologies, le partage des ressources cliniques confirment de façon générale une résistance des professionnels de santé au changement particulièrement dans l'établissement Y. Les stratégies mobilisées par le groupe des gestionnaires ont été différentes dans les deux cas.

Il a été élaboré une procédure de coopération dans l'établissement X tandis que l'établissement Y a effectué une description des tâches, la mise en place de protocoles de prise en charge des pathologies, la dépersonnalisation des salles, etc. L'impact de ces mesures était peu perceptible sur les rapports interprofessionnels, les chefs de département étaient mus par les valeurs professionnelles (standardisation des qualifications). Cette attitude était reliée au déficit de sensibilisation du personnel aux enjeux de la collaboration et à leur absence de sa conception. Les infirmiers adhéraient dans leur majorité au projet en fonction des possibilités de dialogue et d'interaction avec l'administration de chaque hôpital (plus favorable dans le cas de l'établissement X).

En définitive, dans le cadre de ce travail, on retrouve une réticence majeure des groupes d'acteurs à s'engager dans le processus de réforme (excepté le Dg et le Dga qui sont imputables face à la tutelle). On peut affirmer que les problèmes de fonctionnement de l'hôpital et des structures sont liés à une mauvaise conception du projet de réforme à sa source et à l'absence de soutien à sa mise en œuvre pratique. Ce qui explique la variation dans l'interprétation des nouvelles mesures d'un groupe d'acteur à un autre et parfois à l'intérieur du même groupe d'acteur. En effet, à partir de l'analyse de la logique du changement, de ses enjeux et des stratégies mobilisées par les différents groupes d'acteurs dans les deux hôpitaux sous étude, ce travail montre que la composante humaine a été sous estimée particulièrement les attentes et les intérêts des acteurs internes au profit du facteur institutionnel bien que nécessaire. Tant que les hôpitaux resteront sous une régulation forte de la tutelle (déconcentration) et que les acteurs internes participent de façon marginale à son orientation, les résultats attendus seront compromis. L'exercice de la tutelle devrait aller au-delà du discours politique pour évoluer réellement vers un rôle de conseil et d'accompagnement des établissements publics hospitaliers.

## Bibliographie

Acodess. (2001). Guide en organisation hospitalière dans les pays en développement. La dynamique du projet d'établissement. Publication de l'Acodess ed, Paris. 171

Acodess. (1990). La place et le rôle de l'hôpital en Afrique. Compte rendu des journées internationales d'Abidjan. Publication de l'Acodess ed, Paris. 328

Agence des États-Unis pour le Développement International, USAID. (1998). Une approche régionale à des réformes nationales de santé en Afrique de l'Ouest et en Afrique Centrale. 20

Agence Nationale d'Evaluation des Hôpitaux du Mali, ANEH. (2006). Rapport d'évaluation de la qualité des soins à l'hôpital Gabriel Touré de Bamako. Ministère de la santé du Mali. 10-31.

Agence Nationale d'Evaluation des Hôpitaux du Mali, ANEH. (2007). Rapport d'évaluation de la qualité des soins à l'hôpital du point G. Ministère de la santé du Mali. 18-25

Apthorpe, R. and D. Conyers (1982). Decentralization, recentralisation and popular participation in developing countries: Towards a Framework for analysis. *Development and peace*, (3): 47-59.

Bah, AA., MS. Daff et al. (2004). Rencontres hospitalières de Dakar « Rapport de synthèse des travaux ». Banque Mondiale et collaborateurs. Dakar (Sénégal). 5 – 21

Balique, H. (2004). Quels systèmes de santé « Hôpital public en Afrique francophone ». Laboratoire de Santé publique, faculté de médecine de Marseille en France. *Revue de Médecine tropicale*, (64): 545 – 551.

Balique, H. (2003). Rapport de la consultation d'appui à la réforme Hospitalière au Cameroun. OMS. Bureau Regional de l'Afrique. Assistance Publique / Hôpitaux de Marseille : 1- 132.

Balique, H. (1999). Les hôpitaux publics des pays d'Afrique Francophone au Sud du Sahara et leurs perspectives. *Bull Soc Pathol Exot*; 92: 323-328

Balique, H. (2002). La politique hospitalière du Mali et ses perspectives. Rapport de fin de mission du Docteur Hubert Balique. Mission d'appui à la réforme Hospitalière. Ministère de la santé du Mali. 36

- Banque Mondiale. (1986). *Financing Health services in Developing countries*. Washington, DC. Policy and Research division. Département des projets de population, santé et nutrition.
- Banque Mondiale. (1996). *Mission de pré-évaluation du Programme National de Développement Sanitaire au Sénégal : Appui à la réforme hospitalière*. Rapport Jean-Pierre BETTIGA - Appui au secteur hospitalier du Sénégal. 81
- Bardin, L. (1983). *L'analyse de contenu*. 3 ed. Paris: Presses Universitaires de France.
- Benneh, G. (1977). *Décentralisation and rural development in Ghana*. *African administrative studies*, 17: 45-52.
- Berman, PA. and TJ Bossert. (2006). *Data for Decision Making Project International Health Systems Group*. Harvard School of Public Health. A paper prepared for the DDM Symposium: "Appraising a Decade of Health Sector Reform in Developing Countries" Washington, D.C
- Blau, PM. (1967). *The hierarchy of authority in organizations*, *American Journal of Sociology*: 453 – 467.
- Blau, PM. (1970). *A formal Theory of differentiation in organizations*, *American Sociological Review*: 201 – 218.
- Blundo, G. (1998). "Decentralisation, participation and corruption in Senegal", communication, 14th International Congress of Anthropological and Ethnological Sciences. Williamsburg. Virginia.
- Bossert T. W. Hsiao et al. (1998). *Transformation of ministries of health in the area of health reform: the case of Colombia*. *Health Policy and Planning*, 13(1): 59-77.
- Bossert, T. (1998). *Analyzing the decentralization of health systems in developing countries: decision space, innovation, and performance*. *Social Science and Medicine*, 47(10): 1513-1527.
- Britrán, R. and FX Almarza. (1997). *Las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) en Chile*. Santiago: Comisión Económico para América Latina y el Caribe.
- Brousselle, A. (2004). *L'analyse stratégique, modèle d'analyse ou démarche théorique pour l'évaluation de l'implantation*. Centre de recherche de l'Hôpital Douglas. Université McGill. SQEP, Québec. 14
- Brousselle A. and F. Champagne (2004) «How was the UNAIDS Drug Access Initiative implemented in Chili ?» *Evaluation and Program Planning.*, n°27: 295-308.

- Brunet, J. (1999). Quels systèmes de santé pour l'Afrique à l'aube du troisième millénaire ? in UCAC, Citadins et ruraux en Afrique sub-saharienne. Cahiers de l'UCAC et Karthala: 325 – 350.
- Burns, TR. and GM. Stallker, (1966). The management of Innovation. Tavistock, Londres.
- Campos Outcalt, D., K. Kewa et al. (1995). Decentralization of health Services in Western Highlands province, Papua New Guinea: an attempt to administer health service at the subdistrict level. Soc.Sci.Med. Vol 40, 1091 – 1098
- Chantler, C. (1999). The role and education of doctors in the delivery of health care. Lancet, 353 (9159):1178–81.
- Chantler, C. (2002). The second greatest benefit to mankind? Lancet, 360(9348):1870–7.
- Carrin, G. and C James et al. (2006). Réforme du financement de la santé au Kenya : Évaluation de la proposition d'assurance maladie. Chapitre 9 Page 285-308\_
- Cassels, A. (1992). Health Sector Reform: Implications for the Overseas Development Administration, Report prepared for the Health and Population Division, Overseas Development Administration.
- Castaneda, T. (1992). Combating Poverty: Innovative Social Reforms in Chile during the 1980s. San Francisco: ICs Press, 1992, 259 pp.
- Cellule de planification et de statistique, Cps. (2006). Rapport annuel sur la production des établissements publics hospitaliers du Mali. Ministère de la Santé. 62
- Chawla, M. and P Berman et al. (1999). Provision of Ambulatory Services in Poland: A Case Study from Krakow. Report No. 73, Data for Decision Making Project. Boston: The Harvard School of Public Health.
- Chawla, M. and P Berman et al. (1998). Financing Health Services in Poland: New Evidence on Private Expenditure. Health Economics, 7:337-346.
- Cohen, MD. and JG. March, (1986). Leadership and ambiguity. Boston: Harvard Business School Press.
- Collins Ch., and A. Green, (1994) " Decentralization and primary health care: some negative implications in developing countries" - Intern. J; Health services; vol 24 (3): 459-75
- Colombia Health Sector Reform Project. (1996). Report on Colombia Health Sector Reform and Proposed Master Implementation Plan. Boston: The Harvard School of Public Health.

- Condé, S. (1998). « La réforme hospitalière en Afrique de l'Ouest ». Communication aux journées hospitalières internationales du réseau des hôpitaux d'Afrique, d'Océan indien et des Caraïbes (Reshaoc). Douala. 88-94
- Contandriopoulos, D., AP. Contandriopoulos et al. (2005). L'hôpital en restructuration, regard croisé sur la France et le Québec. PUQ. Montréal. 289
- Conyers, D. (1983). Decentralization: the latest fashion in development administration? *Public administration and development*, 3:97-109.
- Conyers, D., A. Cassels, et al. (1992). Working note: decentralization and health systems change, a framework for analysis.
- Coulibaly, M. (1997). "Les nouvelles communes sur les fonts baptismaux. Ressources : le temps des vraies interrogations". *L'Essor, Quotidien National d'information* (Bamako, n° spécial du 22 septembre).
- Coté L. and J. Turgeon (2002). « Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine ». *Revue Internationale Francophone d'éducation Médicale*. Vol 2, (2). 81-87.
- Creese, A. (1990). *User Charges for Health Care: A Review of Recent Experience*. Geneva: World Health Organization.
- Crozier, M. and E. Friedberg (1977). Première parution « l'acteur et le système » : les contraintes de l'action collective. Editions du Seuil, coll. Points Essais. Paris
- Dalton, M (1959). *Men who manage* (Wiley).
- De Bruyne, P., J. Herman et al. (1984). *Dynamique de la recherche en sciences sociales*. Vendôme. PUF. 240.
- Deforges, JC. (1998). « Les restructurations hospitalières en Afrique », *Rencontres hospitalières internationales du Réseau des hôpitaux francophones d'Afrique de l'Ouest et des Caraïbes*. Reshaoc. Douala. 83
- Denis, J-L. (1988). Un modèle politique d'analyse du changement dans les organisations : le cas de l'implantation de la vacation au centre d'hébergement. Thèse administration des services de santé. 249 (83-92).
- Denis, J-L. and F.Champagne (1990). L'analyse de l'implantation: modèles et méthodes. *The Canadian journal of program evaluation*. Vol 5, number 2. 47- 67.



- Depuis, JP. (1993). L'analyse sociologique des organisations et des institutions socioéconomiques de la société industrielle. Document pédagogique. Montréal. École des Hautes Commerciales. 21-22
- Deroux, M. (2004). Le poids financier des projets d'établissement au Mali : Moyens budgétaires en investissement et exploitation et l'impact des dispositions prévues par la réforme hospitalière. Agence Nationale d'Évaluation des Hôpitaux. Note Technique groupe de travail (non publiée). 6
- Devers, KJ. (1999). How will we know "good" qualitative research when we see it? Beginning the dialogue in health services research. *Health Serv Res.* 34(5):1153- 88.
- DiMaggio, PJ. and WW. Powell (1983). The iron cage revisited: Institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields. *American Sociological Review.* Vol. 48.147-160.
- Driver, MJ. and S. Streufert (1969). Integrative Complexity: An Approach to individuals and Groups as Information – Processing Systems, *Administrative Science Quarterly:* 272 – 285.
- Eastman, CJ. and L. Fulop (1997). Management for clinicians or the case of bringing the mountain to Mohammed. *International Journal of production Economics.* 52 (1/2):15-30
- Etzioni, A. (1959). Authority Structure and Organizational Effectiveness. *Administrative Science Quarterly.* 43-67.
- Fall, A. (2004). Analyse du processus d'implantation de la réforme hospitalière au Sénégal : le cas du centre hospitalier National Aristide le Dantec (CHNALD). Institut National en Administration et Santé publique. INAS. Ministère de la santé. Maroc: 105.
- Folz, AM. (1994). Donor funding for health reform in Africa: is non-project assistance the right prescription? *Health Policy and Planning.* 9(4): 371-384.
- Friedberg, E. (1993). « Le pouvoir et la règle - Dynamiques de l'action organisée ». Editions du Seuil.Paris
- Ghal, YP. (1982). Decentralization in the pacific. *Asia and Pacific Review:* 62 – 67.
- Gosselin, R. (1984). Decentralization / regionalization in Health care: the Quebec experience. *Health care management review.* 9 (1): 7-25.
- Govindaraj, R. and M Chawla. (September 1996). Recent Experiences with Hospital Autonomy in Developing Countries. What can we learn? Report No. 32.2, Data for Decision Making Project. Boston: The Harvard School of Public Health.

- Government of Gambia. (1988). Medical Services Act. Annual Report.
- Guba, EG. and YS. Lincoln (1981). *Effective Evaluation*. San Francisco: Jossey – Bass.
- Grindle, M. (1996). *Challenging the State: Crisis and Innovation in Latin America and Africa*. Cambridge University Press.
- Grundman, C. (2000). *Decentralization in Health Services in Senegal*. Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform Technical Report, (forthcoming).
- Harris, RL. (1983). Centralization and decentralization in Latin America. In: Cheema, GS.
- Issak I Tinorgah, A. and C. Waddington (1993). Encouraging efficiency through programme and functional budgeting: lessons from experience in Ghana and The Gambia. In A. Mills and K. Lee (Eds). *Health Economics Research in Developing Countries* Oxford Medical Publications.
- Jaffré, Y. and JP. Olivier De Sardan (2003). *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d’Afrique de l’Ouest*. Karthala edition, Paris: **462**.
- Jay, A. (1970). *Management and Machiavelli* (Penguin).
- Kaddar, M. (2004). Les réformes des systèmes de santé dans les pays en développement : quels enseignements tirés des expériences des dix dernières années. Réseau Économie et Systèmes de santé au Maghreb. pages 1-7.
- Kassibo, B. (1997). L'histoire d'un dépeçage ou la naissance controversée des collectivités décentralisées du cercle de Youwarou. Louvain – La -Neuve : Séminaire sur "les dimensions sociales et économiques de développement local et la décentralisation en Afrique au Sud du Sahara" : 70
- Kassibo, B., B. Bérédogo et al. (2007). La décentralisation au Mali : État des lieux. Articles écrits dans le cadre du GREDEF (Groupe de recherche sur l'État, la décentralisation et le foncier) financé par AIRE - Développement. Bamako, Mali. (24): 11-23
- Kinston, W. (1983). Hospital organization and structure and its effect on inter-professional behaviour and the delivery of care. *Social Science and Medicine* 17(16):1159–70.
- Kleczkowski B.M., R.H. Elling et al. (1984). : "Appui des systèmes de santé aux soins de santé primaires". Genève, Organisation Mondiale de la Santé. Cahier de santé publique n 80.

- Konaté, L. (2004). Décentralisation et développement sanitaire : Les fondements conceptuels de la décentralisation dans le développement sanitaire. Rapport d'analyse (non publiée). Inspection de la santé. Bamako (Mali). 24
- Larbi, L. (2002). Réforme Hospitalière en Algérie : les cinq plaies du système de gestion. Article paru dans « Al Watan », (3) : 1-2. [www.elwatan.com/journal/html/2002/07/03/sup\\_html.htm](http://www.elwatan.com/journal/html/2002/07/03/sup_html.htm)
- Laurent, JP. (1996). Développement local, démocratisation et décentralisation. L'exemple du Burkina Faso. La Gazette du Sped.
- Lawrence, PR. and JW. Lorsch (1967). Organization and Environment: Managing differentiation and integration. Boston Harvard University Press.
- Lee, K. and A. Mills (1982). Policy – making and planning in the health sector – London. Croom Helm.
- Lega, F. and C. Depietro (2005). Converging patterns in hospital organization: Beyond the professional bureaucracy. Health Policy. 74: 261-281
- Lessard, HM., G. Goyette, et al. (1995). La recherche qualitative: Fondements et pratiques. 2<sup>ème</sup> Edition Montréal: Editions Nouvelles. 92-112
- Lui, Y. and W Hsiao et al. (1995). Transformation of China's rural health care financing. Social Science and Medicine.8: 1085-1093.
- McPake, IB. (1997). The role of the private sector in health care provision. In Sara Bennett, Barbara McPake, and Anne Mills, eds. Private Health Providers in Developing Countries: Serving the Public Interest? London and New Jersey: Zed Books.
- McPake, IB. (1996). Public autonomous Hospitals in sub-Sahara Africa: Trends and issues. Health Policy. 35: 155 - 177.
- McPake, IB. and E. Ngalande Banda (1994). Contracting out of health services in developing countries. Health Policy and Planning 9 (1): 25-31
- McPake, IB. (1993). Private sector mechanisms in the public sector. In the public – private mix for health care in developing countries. Report of a workshop. London school of Hygiene and Tropical Medecine. 30
- Médard, JF. (2006). «Décentralisation du système de santé publique et ressources humaines au Cameroun». Un système de santé en mutation : le cas du Cameroun. Le bulletin de l'APAD, n° 21. En ligne depuis le : 27 mars 2006. URL: <http://apad.revues.org/document35.html>.

- Médard, JF. (2001). Décentralisation du système de santé publique et ressources humaines au Cameroun. Texte intégral. Paru dans Bulletin de l'APAD. Association Euro-Africaine pour l'Anthropologie du Changement Social et du développement. **21**
- Merton, RK. (1940). « Bureaucratic structure and personality», *Social Forces*. 560 - 568.
- Merrell T. (2007). World Development Indicators 2007. [World Bank](#). p402
- Miles, MB. and AM. Huberman (2003). L'analyse de données qualitatives. Traduction de la 2<sup>ième</sup> édition américaine par M.H. Rispal. Bruxelles: Edition De Boeck Université: 10 – 27
- Mills A., JP. Vaughan et al. (1991). La décentralisation des systèmes de santé : concepts, problèmes et expériences de quelques pays. Genève, Suisse. Organisation Mondiale de la Santé. 11-13
- Ministère de la Santé, de la Solidarité et Personnes Âgées (MSSPA). (1999). Comptes Nationaux de la Santé (CNS) - 1999. Bamako, Mali
- Ministère de la Santé, de la Solidarité et Personnes Âgées (MSSPA). (2004). Comptes Nationaux de la Santé (CNS) - 2004. Bamako, Mali
- Ministry of Health, SRI LANKA. (1983). White paper on the reorganisation of the Ministry of Health. Colombo.
- Mintzberg, H. (1997). Toward healthier hospitals. *Health Care Management Review*. 22 (4): 9-18.
- Mintzberg, H. (1982). Structure et dynamique des organisations, Paris, Editions d'organisation: 310-335
- Mintzberg, H. (2006). Voyage au centre des organisations. Editions des organisations. Paris. 319-447.
- MSSPA .(1998). Plan décennal de développement sanitaire et social 1998 – 2007 – Bamako, Mali
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (1991). La décentralisation des systèmes de santé : Concepts et problèmes. Genève, Suisse.
- Ouchi, WG. And MA. McGuire (1975). Organizational Control: Two Functions, Administrative. *Science Quarterly*.
- Patton, MQ. (1990). Chapitre 5: Designing qualitative studies. *Qualitative Evaluation and Research Methods*. 2 ed: Sage Publications Inc. p145-98.

- Perrow, C. (1965). Hospitals: technology, structure and goals. In: March JC. Editor. Handbook of organizations. Chicago: Randy McNally. Chapter 22.
- Poupart, J., JP. Deslauriers et al. (1997). La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques. Boucherville: Gaétan Morin éditeur.
- Reddy, S. and J Vandemoortele. (1996). User Financing of Basic Social Services: A review of theoretical arguments and empirical evidence. Evaluation, Policy and Planning Working Paper. New York: UNICEF.
- Réseau des Hôpitaux d'Afrique, de l'Océan Indien et des Caraïbes (RESHAOC). (1998). Compte rendu des IVème rencontres hospitalières internationales de Douala: la réforme hospitalière. Publication du Réseau ed, Ouagadougou. **123**
- Rondinelli, DA. Decentralization and development. Beverly Hills. Sage Publication.
- Rondinelli, DA. (1981). Government decentralization in comparative theory and practice in developing countries. International review of administrative sciences, 47 (2): 127-145.
- Rondinelli, DA. (1983). Implementing decentralization programmes in Asia: a comparative analysis. Public administration and development, 3: 181 – 207.
- Rondinelli, DA. and GS. Cheema (1983). Decentralization in development countries. World Bank. Washington, DC. A Review of Recent Experience, World Bank Staff Working Papers n 581
- Rouleau, L. (2007). Théories des organisations Approches classiques et contemporaines et l'avant-garde. Québec. PUQ. 29-31
- République du Mali. (2006). Enquête démographique et de santé (EDSM – IV). p535
- Scott, WR. (1993). The organization of medical care services: towards an integrated theoretical model. Medical Care Review: 271-303.
- Sicotte, C. (1987). Le contrôle de l'exercice de la profession médicale dans une bureaucratie professionnelle : le centre hospitalier québécois. Document photocopie à l'Université de Montréal. Faculté de médecine.
- Siddiquee, NA. (1997). Théories de la décentralisation de l'État. Alternatives Sud IV (3): 23-40.
- Smith, BC. (1979). The measurement of decentralization. International review of administrative sciences, 45 (3): 214-222
- Smith, BC. (1982). The revenue position of local government in Nigeria. Public administration and development, 2: 1-14.

- Stake, RE. (1994). Case studies. In: Denzin NK, Lincoln YS, editors. Handbook of Qualitative Research: Sage Publications. p 236-47.
- St-Hilaire, C. and C. Sicotte (2001). Gestion des dépenses hospitalières par la décentralisation. Ruptures, revue transdisciplinaire en santé. 8 (1) : 40 - 56.
- Stolte, JB. (1979). The physician and hospital management. Acta Hospitalia. 75-86
- Touré, A. (2004). Réforme hospitalière au Mali « Bilan et perspectives ». Rencontres internationales sur la réforme hospitalière en Afrique de l'Ouest. Dakar. Sénégal. 44
- Turgeon, J. and V. Lemieux (1999). "La décentralisation : panacée ou boîte de Pandore? ", in Bégin, Clermont et al. Le système de santé québécois : un modèle en transformation. Montréal, Presses de l'Université de Montréal. 173-194. (RA 395 .Q3 .S995)
- Van Der Maren, JM. (1996a). Les méthodes d'analyse exploratoire. In: Presses de l'Université de Montréal, De Boeck Université, editors. Méthodes de recherche pour l'éducation. 2 ed. Montréal, Paris, Bruxelles : Presse de l'Université de Montréal. p. 399-426.
- Van Der Maren, JM. (1996b). Le codage et le traitement des données. In: Presses de l'Université de Montréal, De Boeck Université, editors. Méthodes de recherche pour l'éducation. 2 ed. Montréal, Paris, Bruxelles : Presses de l'Université de Montréal. p. 427-57.
- Van der Maren, JM. (1987). Méthodes qualitatives de recherche en éducation. Conférences données au CIRADE. UQAM, Université de Montréal et CIRADE.
- Vaughan, P. (1985). Can ministries of health support primary health care? Somme suggestions for structural reorganization and planning. Public administration and development, 5: 1-12.
- Vaughan, P. (1984). De l'importance d'une gestion décentralisée. Forum Mondial de la santé, 5: 31-34.
- Walth, G. (1985). Oxfam's assistance to the Ministry of Health, Zimbabwe, in the implementation of integrated primary health care in Manicaland province 1983-86. Londres. Evaluation and Planning Centre. London School of Hygiene and Tropical Medicine. (Rapport non publié).
- Weber, M. (1971). Economie et société. Tomes 1 et 2. Plon. Paris.
- Weinberg, J. (1993). The Development of Independent Hospital Boards. Report of a study visit to The Gambia and Ghana carried out on behalf of Overseas. Development Administration.

- Woodward, J. (1965). *Industrial Organization: Theory and Practice*, Oxford University Press.
- World Bank. (1994). *Better Health in Africa*, World Bank. Washington, DC.
- World Bank. (1993a). *Investing in health*, World Development Report. Washington, DC.
- World Bank. (1993b). *Uganda: Social Sectors. A World Bank Country Study*. World Bank. Washington, DC.
- World Health Organization, WHO. (1993). *Macroeconomic Development and the health Sector in Malawi*, Macroeconomics, Health and Development Series.No.9, WHO/ICO/MESD.9
- World Health Organization, UNICEF, the World Bank, and the Zambian Ministry of Health. (May 1997). *Comprehensive Review of the Zambian Health Reforms*. Unpublished Report. Volumes I, II, III.
- YIN, RK. (1984). *Case study research. Design and methods*. Beverly Hill. Sage publishing Inc. 160
- Yin, RK. (1981). *The case study as serious research strategy*. *Knowledge. Creation, Diffusion and Utilization* 3 (1): 97-114

## **Annexes**



## Annexe I Guide d'entrevue semi structuré



### Section 1: Contexte/Introduction

1. Identification du rôle de l'interviewé dans le processus de transformation des hôpitaux au Mali. Organisme d'appartenance. Pendant combien d'années ?
2. Pouvez-vous nous décrire les changements intervenus dans les établissements publics hospitaliers et universitaires du Mali suite à la réforme hospitalière de 2002 ?
3. Selon vous quels sont les objectifs visés par la réforme hospitalière de 2002 au Mali ?

### Section 2: Attitudes des acteurs et les enjeux perçus

4. Pourriez vous nous dire quelle a été les attitudes médecins, des infirmiers et des gestionnaires suite à l'implantation de la réforme hospitalière dans votre hôpital ?
5. Comment chaque groupe d'acteurs médecin, infirmier et gestionnaire ont-ils réagit suite aux changements intervenus ?
6. Selon vous quelles ont été les conséquences des jeux des acteurs sur le nouvel mode de fonctionnement de votre hôpital ?

### Section 3: Modes de collaboration interprofessionnel et interservices

4. Quelle appréciation faites-vous de l'élaboration du projet d'établissement et de sa capacité à révolutionner le fonctionnement de votre hôpital ?
5. Que pensez-vous des ententes signées pour favoriser une meilleure collaboration entre les différents professionnels et entre les différents services de votre hôpital ?
6. Pouvez-vous, nous décrire l'impact de ses contrats et conventions sur l'ambiance de travail et au sein des organes d'administration et de gestion auxquels vous participez au sein de votre hôpital ?

- 7 Que pensez-vous de l'apport des chaque intervenant dans le processus du travail clinique en équipe?

#### Section 4: rôles des acteurs, règles et procédures de fonctionnement

- 8 Comment appréciez-vous les nouveaux rôles accordés aux différents groupes d'acteurs ?
- 9 Quelles sont les mesures prévues par la réforme pour encadrer la pratique médicale dans votre hôpital ?
- 10 Quelle appréciation faites-vous des règles et procédures en matière de soins, de gestion des ressources financières et humaines dans votre hôpital ?
- 11 Pouvez-vous nous dire sur quelle base s'effectue le regroupement des unités et des services au sein de votre hôpital ?

#### Section 4: Cohérence entre objectifs et attentes des acteurs et le projet de réforme

- 12 Quels sont les décisions prises et les investissements consentis pour sensibiliser, former les professionnels à participer pleinement au projet d'établissement dans votre hôpital ?
- 13 Quelles sont les mesures d'intéressement du personnel prévues par le projet de réforme au sein de votre hôpital ?
- 14 Quelle appréciation faites-vous du principe de partage des primes et autres avantages non statutaires chez les médecins, les infirmiers et les gestionnaires?
- 15 Pouvez-vous nous décrire comment les intéressements ont contribué à remanier les pratiques des différents groupes d'acteurs au sein de votre hôpital ?

#### Section 5: Conclusion

- 16 Avez-vous autre chose à ajouter concernant les transformations opérées et leurs enjeux dans votre hôpital ?

## Annexe II Grille d'observation de réunion



FICHE SIGNALÉTIQUE	
<b>1. Type de réunion</b>	
<b>2. Date de la réunion</b>	
<b>3. Les participants</b>	
<b>4. Commanditaire</b>	
<b>5. Objet de la réunion</b>	
<b>6. Résumé détaillé du contenu/ Décisions prises</b>	
<b>7. Prises de position des participants</b>	
<b>8. Forces et faiblesses</b>	
<b>9. Commentaire éventuel</b>	

**Annexe III Grille d'analyse documentaire**

---



FICHE SIGNALÉTIQUE	
<b>1. Type de document</b>	
<b>2. Date de parution</b>	
<b>3. Auteurs et co-auteurs</b>	
<b>4. Commanditaire</b>	
<b>5. Intitulé du document</b>	
<b>6. Résumé détaillé du contenu</b>	
<b>7. Niveau de mise en œuvre/Impact éventuel</b>	
<b>8. Forces et faiblesses</b>	
<b>9. Commentaire éventuel</b>	

## Annexe IV Certificat d'approbation éthique de l'Université de Montréal



### CERTIFICAT D'APPROBATION DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE (CERFM)

Le Comité d'éthique a étudié le projet intitulé :

**Analyse des nouvelles formes organisationnelles hospitalières en émergence au Mali**

présenté par : M. Moussa Sanogo et Dr Claude Sicotte

Financé par : Ministère de la santé du Mali

et considère que la recherche proposée sur des humains est conforme à l'éthique.

Isabelle B-Ganache, présidente

Date de soumission ou d'étude : **23 février 2009**

Date d'approbation : **Modifié et approuvé le 7 avril 2009**

Numéro de référence : **CERFM (09) #345**

**N.B.** Veuillez utiliser le numéro de référence dans toute correspondance avec le Comité d'éthique relativement à ce projet.

#### OBLIGATIONS DU CHERCHEUR :

**SE CONFORMER À L'ARTICLE 19 DE LA LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX, CONCERNANT LA CONFIDENTIALITÉ DES DOSSIERS DE RECHERCHE ET LA TRANSMISSION DE DONNÉES CONFIDENTIELLES EN LIEN AVEC LA RECHERCHE.**

**SOLLICITER LE CERFM POUR TOUTES MODIFICATIONS ULTÉRIEURES AU PROTOCOLE OU AU FORMULAIRE DE CONSENTEMENT.**

**TRANSMETTRE IMMÉDIATEMENT AU CERFM TOUT ÉVÉNEMENT INATTENDU OU EFFET INDÉSIRABLE RENCONTRÉS EN COURS DE PROJET.**

**COMPLÉTER ANNUELLEMENT UN FORMULAIRE DE SUIVI.**

**Annexe V Autorisations du Ministère de la santé**

MINISTÈRE DE LA SANTÉ

SECRETARIAT GÉNÉRAL


 REPUBLIQUE DU MALI  
 Un Peuple - Un But - Une Foi
Koulouba, le... **27 FEV 2009**

LE MINISTRE DE LA SANTÉ

N° **15365** /MS-SG

A

**Monsieur le Président du Comité d'Éthique  
de l'Université de Montréal.  
Canada**

**Objet :** notification d'accord pour la réalisation  
du projet de recherche de M. Moussa SANOGO

En référence au projet de recherche de **Moussa SANOGO**, Candidat au PhD en Santé publique de l'Université de Montréal, intitulé : Analyse des nouvelles formes organisationnelles hospitalières en émergence au Mali, après lecture et analyse du contenu dudit projet, j'ai l'honneur de vous informer que j'accepte la réalisation de la présente étude. Mon équipe est disposée à accompagner la mise en œuvre de l'étude dans l'espoir qu'elle permettra une amélioration du fonctionnement des hôpitaux au Mali.

La présente lettre autorise le chercheur à entreprendre toute investigation dans les hôpitaux dans le cadre des recherches qu'il entend entreprendre pour la réalisation de sa thèse de PhD en santé publique de l'Université de Montréal.

Une suite diligente m'obligerait.

**P/Le Ministre PO  
Le Secrétaire Général**

**Dr. Lasseni KONATE**  
Chevalier de l'Ordre National du Mérite



Ampliation

*Intéressé pour disp. à prendre.*

MINISTRE DE LA SANTE

SECRETARIAT GENERAL

N° 348 /MS-SGREPUBLICQUE DU MALI  
Un Peuple - Un But - Une Foi

Koulouba, le 26 FEV 2009

LE MINISTRE DE LA SANTE

A

**Monsieur le Directeur Général du  
CHU de Gabriel Touré.  
Bamako**

**Objet :** introduction du Dr Moussa SANOGO au sein de votre Service.

En référence au projet de recherche intitulé «Analyse des nouvelles formes organisationnelles hospitalières en émergence au Mali» du **Docteur Moussa SANOGO**, Candidat au PhD en Santé publique (Option : Gestion des services de santé) de l'Université de Montréal au Canada, je vous informe que le chercheur se rendra dans votre établissement de **mars à juin 2009** dans le cadre de la collecte de ses données.

Par conséquent, vous voudrez bien prendre les dispositions utiles afin de lui permettre de mener à bien ce travail de recherche qui, devrait contribuer à l'amélioration du fonctionnement des hôpitaux du Mali.

**P/Le Ministre PO  
Le Secrétaire Général**

**Dr. Lasseni KONATE**

*Chevalier de l'Ordre National*



Ampliation

*Intéressé pour disp. à prendre.*

MINISTÈRE DE LA SANTÉ

SECRETARIAT GÉNÉRAL

N° 347 /MS-SGREPUBLIQUE DU MALI  
Un Peuple - Un But - Une FoiKoulouba, le 26 FEV. 2009

LE MINISTRE DE LA SANTÉ

A

**Monsieur le Directeur Général du  
CHU de Point G.  
Bamako**

**Objet :** introduction du Dr Moussa SANOGO au sein de votre Service.

En référence au projet de recherche intitulé «Analyse des nouvelles formes organisationnelles hospitalières en émergence au Mali» du **Docteur Moussa SANOGO**, Candidat au PhD en Santé publique (Option : Gestion des services de santé) de l'Université de Montréal au Canada, je vous informe que le chercheur se rendra dans votre établissement de **mars à juin 2009** dans le cadre de la collecte de ses données.

Par conséquent, vous voudrez bien prendre les dispositions utiles afin de lui permettre de mener à bien ce travail de recherche qui, devrait contribuer à l'amélioration du fonctionnement des hôpitaux du Mali.

**P/Le Ministre PO  
Le Secrétaire Général**

**Dr. Lasseni KONATE**  
Chevalier de l'Ordre National



Ampliation

*Intéressé pour disp. à prendre.*



MINISTERE DE LA SANTE

SECRETARIAT GENERAL

N° 1346 /MS-SGREPUBLIQUE DU MALI  
Un Peuple - Un But - Une Foi

Koulouba, le 26 FEV 2009

LE MINISTRE DE LA SANTE

A

**Monsieur le Directeur Général de  
L'Agence Nationale d'Évaluation  
des Hôpitaux  
Bamako**

**Objet :** introduction du Dr Moussa SANOGO au sein de votre Service.

En référence au projet de recherche intitulé «Analyse des nouvelles formes organisationnelles hospitalières en émergence au Mali» du **Docteur Moussa SANOGO**, Candidat au PhD en Santé publique (Option : Gestion des services de santé) de l'Université de Montréal au Canada, je vous informe que le chercheur se rendra dans votre établissement de **mars à juin 2009** dans le cadre de la collecte de ses données.

Par conséquent, vous voudrez bien prendre les dispositions utiles afin de lui permettre de mener à bien ce travail de recherche qui, devrait contribuer à l'amélioration du fonctionnement des hôpitaux du Mali.

**P/Le Ministre PO  
Le Secrétaire Général**

**Dr. Lasseni KONATE**  
Chevalier de l'Ordre National



Ampliation

*Intéressé pour disp. à prendre.*

MINISTRE DE LA SANTE

SECRETARIAT GENERAL

N° 1344 /MS-SGREPUBLIQUE DU MALI  
Un Peuple - Un But - Une FoiKoulouba, le 26 FEV 2009

LE MINISTRE DE LA SANTE

A

**Monsieur le Directeur de la Cellule de  
Planification et de Statistique****Objet :** introduction du Dr Moussa SANOGO au sein de votre Service.

En référence au projet de recherche intitulé «Analyse des nouvelles formes organisationnelles hospitalières en émergence au Mali» du **Docteur Moussa SANOGO**, Candidat au PhD en Santé publique (Option : Gestion des services de santé) de l'Université de Montréal au Canada, je vous informe que le chercheur se rendra dans votre établissement de **mars à juin 2009** dans le cadre de la collecte de ses données.

Par conséquent, vous voudrez bien prendre les dispositions utiles afin de lui permettre de mener à bien ce travail de recherche qui, devrait contribuer à l'amélioration du fonctionnement des hôpitaux du Mali.

P/Le Ministre PO  
Le Secrétaire GénéralDr. Lasseni KONATE  
Chevalier de l'Ordre NationalAmpliation

Intéressé pour disp. à prendre.

**Annexe VI Lettre d'information au recrutement****Moussa Sanogo,**

Candidat au Doctorat en Santé publique  
Département d'administration de la santé  
Faculté de médecine, Université de Montréal  
3290, Goyer, Montréal (Québec) H3S1J1  
Tél. 1-(514) 733 2901 - Bamako : 6672 19 06

Bamako, le 30 Mars 2009

A Madame, Monsieur .....

Objet : *Information au recrutement*

Madame, Monsieur

Je vous fais parvenir la présente pour vous informer que nous souhaiterions vous compter parmi notre échantillon dans le cadre de notre projet de recherche intitulé : Analyse des nouvelles formes organisationnelles hospitalières en émergence au Mali. Ce projet vise à décrire et analyser les transformations de l'hôpital qui se produisent suite à la réforme hospitalière entreprise en 2002 au Mali. À cet effet, nous allons identifier les points de vue et les prises de position des principaux groupes d'acteurs quant aux enjeux associés à l'émergence de nouvelles formes organisationnelles de l'hôpital au Mali.

La collecte des données se fera à l'aide d'entrevues individuelles qui seront enregistrées suite à votre consentement libre et éclairé. Les entrevues seront conduites par le chercheur principal, soyez assuré(e) que toutes les informations recueillies seront traitées de façon confidentielle. Votre participation est entièrement libre et volontaire. Vous êtes libre de vous retirer en tout temps sur simple avis verbal, sans préjudice et sans devoir justifier votre décision.

Nous vous ferons parvenir sous peu le formulaire de consentement pour certifier que vous aviez eu le temps nécessaire pour réfléchir et prendre votre décision.

Pour toute question relative à la recherche ou pour vous retirer du projet, vous pouvez communiquer avec Moussa Sanogo, Candidat au Doctorat en santé publique.

Cordialement,

**Moussa Sanogo**

## Annexe VII Formulaire de consentement



*Ayant été approché(e) pour participer au projet de recherche décrit dans ce formulaire de consentement, veuillez lire attentivement le texte qui suit. N'hésitez pas à poser toutes les questions qui vous viennent à l'esprit à la personne qui vous a remis le présent formulaire, avant de le signer.*

**Titre de la recherche** : Analyse des nouvelles formes organisationnelles hospitalières en émergence au Mali

**Chercheur principal** : Moussa Sanogo, Candidat au Doctorat, Département d'administration de la santé, Faculté de médecine, Université de Montréal.

**Directeur de recherche** : Claude Sicotte, professeur titulaire, Département d'administration de la santé, Faculté de médecine, Université de Montréal.

### A) RENSEIGNEMENTS AUX PARTICIPANTS

1. **Objectifs de la recherche** : Ce projet vise à décrire et analyser les transformations de l'hôpital qui se produisent suite à la réforme hospitalière entreprise en 2002 au Mali. À cet effet, nous allons identifier les points de vue et les prises de position des principaux groupes d'acteurs quant aux enjeux associés à l'émergence de nouvelles formes organisationnelles de l'hôpital au Mali.
2. **Participation à la recherche** : La collecte des données se fera à l'aide de l'observation de réunions au sein des organes d'administration et de gestion de l'hôpital qui seront enregistrées suite au consentement libre et éclairé des participants. L'observation des réunions sera conduite par le chercheur principal pour une durée d'environ deux heures. A priori l'observation de 10 à 12 réunions au sein des organes d'administration et de gestion de chaque hôpital sur une période de quatre mois de collecte des données serait raisonnable. Il s'agit particulièrement des réunions qui portent sur les transformations consécutives à la réforme hospitalière de 2002. Le lieu des réunions sera déterminé avec les participants.
3. **Confidentialité** : Soyez assuré(e) que toutes les informations recueillies seront traitées de façon confidentielle. L'observation sera conduite par le chercheur principal et la retranscription du contenu de la réunion sera rendu anonyme avant d'être transféré à

l'équipe de recherche à Montréal. Votre identité ne sera jamais transmise avec ces données. L'enregistrement des réunions sera détruit et sa transcription sera conservée sous clés à l'Université de Montréal. Seuls les chercheurs de l'équipe de recherche auront accès à ces données. Les données seront détruites 7 ans après leur collecte. De plus, aucune information permettant de retracer l'identité d'un (e) participant(e), ne sera divulguée lors de la diffusion des résultats de la recherche. Cependant, à des fins de contrôle du projet de recherche, votre dossier pourrait être consulté par une personne mandatée par le Comité d'éthique de la recherche de la Faculté de médecine (CERFM) de l'Université de Montréal ainsi que du Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ). Tous adhèrent à une politique de stricte confidentialité.

4. **Avantages et inconvénients :** Compte tenu des thèmes qui seront abordés et des mesures de confidentialité qui seront prises, le fait de participer à ce projet de recherche ne devrait vous causer aucun préjudice. Cela ne devrait pas non plus vous profiter directement. Toutefois, en participant à cette recherche, vous pourrez contribuer à l'avancement des connaissances et à l'amélioration de la gestion des hôpitaux au regard des mutations actuelles qui caractérisent l'environnement hospitalier africain.
5. **Droit de retrait :** Votre participation est entièrement volontaire. Vous êtes libre de vous retirer en tout temps sur simple avis verbal, sans préjudice et sans devoir justifier votre décision. Si vous vous retirez de la recherche, les renseignements qui auront été recueillis au moment de votre retrait seront détruits.
6. **Diffusion des résultats :** Un rapport sera transmis au ministère de la santé et aux directions des hôpitaux cibles de notre étude décrivant les conclusions générales de cette recherche au cours de l'année prochaine, lorsque les analyses auront été effectuées.
7. **Personne ressource :** Pour toute question relative à la recherche ou pour vous retirer du projet, vous pouvez communiquer avec Moussa Sanogo, Candidat au PhD en santé publique.

**B) CONSENTEMENT**

J'ai lu et compris le contenu du présent formulaire. Je certifie qu'on me l'a expliqué verbalement. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant ce projet de recherche et on y a répondu à ma satisfaction. Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour réfléchir et prendre ma décision. Je sais que je pourrai me retirer en tout temps.

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
 Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Oui Non

*Je consens à ce que les données anonymisées recueillies dans le cadre de cette étude soient utilisées pour des projets de recherche subséquents de même nature, conditionnellement à leur approbation éthique et dans le respect des mêmes principes de confidentialité et de protection des informations*

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
 Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Je déclare avoir expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de l'étude et avoir répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées.

Signature du chercheur: \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
 Nom : Sanogo \_\_\_\_\_ Prénom : Moussa \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Toute plainte relative à votre participation à cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal, au numéro de téléphone (514) 343-2100 **(l'ombudsman accepte les appels à frais virés).**