

L'Autonomie Hospitalière: Guide de Mise en Oeuvre

Mukesh Chawla

Data for Decision Making Project
Department of Population and International Health
Harvard School of Public Health

Ramesh Govindaraj

Data for Decision Making Project
Department of Population and International Health
Harvard School of Public Health

Août 1996

Table de Matières

Remerciements	1
1. Introduction	2
2. Comment Utiliser Ce Guide	5
3. Identification Des Hôpitaux	7
La structure présente de prise de décisions	8
L'évaluation de la performance	8
Liste De Contrôle	13
4. La Prise De Décisions	14
Liste De Contrôle	18
5. Le Processus	19
Liste De Contrôle	20
6. Dessenin	22
Nature et étendue de l'autonomie	23
La relation entre l'autonomie hospitalière et la réforme dans le secteur de la santé	26
Modèles d'organisation	27
Modèles d'autonomie	28
Organisation interne	29
Le système d'évaluation de la performance	30
L'établissement de consensus et l'atteinte d'objectifs	32
Liste De Contrôle	33
7. Domaines Clé	34
Le gouvernement et l'administration	35
Finances	38
La gestion des ressources humaines	39
L'approvisionnement	40
Les systèmes d'informations hospitaliers	40
Liste De Contrôle	42
8. Mot Final	44
Références:	45

L'Autonomie Hospitalière: Guide de Mise en Oeuvre

Mukesh Chawla

Data for Decision Making Project
Department of Population and International Health
Harvard School of Public Health

Ramesh Govindaraj

Data for Decision Making Project
Department of Population and International Health
Harvard School of Public Health

Août 1996

Remerciements

Ce rapport a compté avec l'appui de l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International (USAID), Washington, à travers le Projet d'Analyse des Ressources Sanitaires et Humaines pour l'Afrique (HHRAA), sous le portfolio du Développement du Secteur Privé et du Financement des Soins de Santé, où le consultant supérieur technique est Mr. Abraham Bekele.

Madame Hope Sukin et Mr. Abraham Bekele du projet HHRAA du Bureau de l'Afrique ont révisé et donné leurs supports techniques pour ce rapport.

1. Introduction

Les hôpitaux publics sont des composants importants pour les systèmes de santé dans les pays en voie de développement. Responsables en général pour entre 50 et 80 pour cent des dépenses récurrentes du gouvernement dans le secteur de la santé (Barnum et Kutzin, 1993), les hôpitaux publics utilisent presque la moitié du total des dépenses nationales dans le secteur de la santé (Mills, 1993). Dans plusieurs pays Africains, la majorité des dépenses hospitalières sont concentrées sur un ou deux hôpitaux majeurs en milieu urbain. Ces hôpitaux consomment une grande quantité de ressources rares, et plusieurs ont des taux d'occupation peu élevés. Les gouvernements doivent donc non seulement trouver de nouvelles ressources pour financer les activités à coût élevé de ces hôpitaux, mais aussi comment utiliser les ressources déjà existantes plus efficacement. Étant donné la disparition de ressources et l'escalation des coûts, le besoin d'utiliser les ressources publiques dans un meilleur rapport coût-efficacité est de première importance.

Certains gouvernements ont récemment décidé d'accorder une plus grande autonomie aux hôpitaux, en espérant que cela réduise le fardeau du gouvernement à les financer et renforce leur efficacité et leur efficacité. Cependant, peu d'études ont cherché à évaluer l'expérience de ces hôpitaux et les mérites et les limitations de l'autonomie hospitalière. Dans le cadre de la stratégie générale de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) d'effectuer des recherches en matières importantes pour les décideurs gouvernementaux de la politique dans les pays en voie de développement, le Projet d'analyse des ressources sanitaires et humaines pour l'Afrique (HHRAA) sous le Bureau pour l'Afrique de USAID a commissionné le Projet de Données pour la prise de décisions (DDM) à l'Université de Harvard pour effectuer cinq études de cas sur l'autonomie hospitalière. Ces études ont été effectuées au Ghana, au Kenya et au Zimbabwe dans l'Afrique Sub-Saharienne, et en Inde et en Indonésie en dehors de l'Afrique.

Les objectifs généraux du projet DDM-HHRAA sur l'autonomie hospitalière étaient (a) de décrire différentes approches adoptées dans diverses parties du monde pour améliorer la performance des hôpitaux publics en augmentant leur autonomie et pour améliorer l'efficacité allocative des dépenses gouvernementales en santé en réduisant la part des fonds publics destinée aux hôpitaux publics; (b) d'analyser les facteurs qui contribuent à la réussite d'une stratégie pour augmenter l'autonomie hospitalière; et (c) de formuler un guide

pour soutenir les politiques pour améliorer la performance des hôpitaux en leur accordant plus d'autonomie.

Au début du projet, les investigateurs principaux à l'Université de Harvard avait proposé une démarche conceptuelle provisoire. L'intention de cette démarche était de guider l'évaluation des efforts d'autonomie dans les pays participants, et d'assister à l'organisation de la présentation des données et des résultats (voir Chawla et Berman, 1995). La structure de l'évaluation avait suggéré une combinaison d'analyses qualitatives et quantitatives de l'expérience de l'étude des hôpitaux autonomes. Les quatre critères employés pour évaluer l'autonomie hospitalière dans chaque pays étaient l'efficacité, l'équité, la responsabilité publique, et la qualité des soins. La méthodologie employée dans ces études incluait la collecte et l'analyse de données secondaires, l'observation directe par les équipes de recherche, des interviews, et des enquêtes sur le terrain.

Cette démarche générale a été modifiée par la suite par les équipes du projet pendant leurs recherches. À partir de leurs expériences, la structure générale conçue en 1995 a été révisée dans une édition subséquente (Chawla et al, 1996). Selon la nouvelle structure, ayant pour titre *Guide méthodologique pour l'évaluation de l'autonomie*, on peut adresser les points saillants de l'évaluation de l'autonomie en répondant aux questions suivantes:

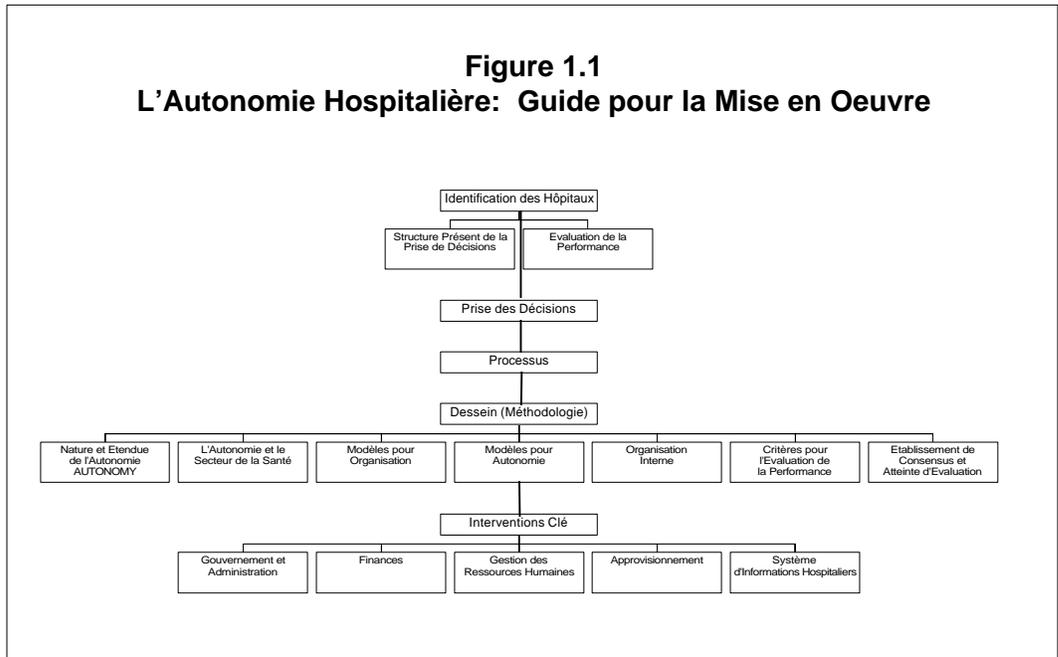
- La description de la nature et l'étendue de l'autonomie;
- La description du processus par lequel l'autonomie est accordée à l'hôpital;
- La description de la structure de la gestion de l'hôpital, son organisation, ses systèmes et pratiques internes, et tout autre changement qui révèle le niveau de l'autonomie de l'hôpital;
- La description et analyse de l'impact de l'autonomie, c'est-à-dire l'effet de l'autonomie sur l'efficacité, l'équité, la qualité des soins, la responsabilité publique, et la mobilisation de ressources;
- L'identification et description des points majeurs de la mise en oeuvre de du projet d'autonomie, et l'analyse des leçons apprises.

Les résultats, conclusions, et recommandations de chaque étude ont ensuite été assemblés dans un document de synthèse (Govindaraj et Chawla, 1996). Cette synthèse, en plus de résumer les résultats des cinq études, se base sur eux afin de dériver des leçons générales pour la formulation et la mise en oeuvre de l'autonomie hospitalière dans les pays en voie de développement. Une conclusion décevante de l'une des cinq études de cas est que l'autonomie dans les hôpitaux du secteur public n'a pas apporté plusieurs des bénéfices attendues par rapport à l'efficacité, la qualité des soins, et la responsabilité publique, bien qu'il y a eu des succès occasionnels et isolés. Cette situation peut s'expliquer

d'une certaine manière par l'autonomie de durée relativement courte dont jouissaient les hôpitaux publics, ou par l'instabilité qui accompagne souvent les réformes systémiques. Toutefois, les études de cas suggèrent qu'une base conceptuelle imparfaite pour l'autonomie hospitalière dans le secteur public, ainsi qu'une mauvaise mise en oeuvre des mesures autonomes, serait responsable du succès limité. L'incapacité d'appliquer les structures et les motivations du secteur privé dans les hôpitaux publics, les conflits et l'inertie dans les institutions, la capacité de prise de décisions et de gestion limitée, le manque d'un plan financier compréhensif et soutenable, et des systèmes d'informations inadéquats, entre autres, ont tous contribué au succès limité des hôpitaux autonomes dans leur but d'apporter des modifications majeures soit à leur fonctionnement ou à leur performance.

Les résultats des cinq études de cas indiquent le besoin d'améliorer les protocoles de conception et de mise en oeuvre pour les décideurs dans les pays en voie de développement qui considèrent l'autonomie comme option pour améliorer la performance des hôpitaux. Ce guide de mise en oeuvre a été conçu dans ce but.

Figure 1.1
L'Autonomie Hospitalière: Guide pour la Mise en Oeuvre



2. Comment Utiliser Ce Guide

Ce guide est destiné aux pays qui cherchent à améliorer le fonctionnement des hôpitaux publics, et présente la méthode particulière pour améliorer la performance qui est de leur accorder une plus grande autonomie. Bien que ce guide tout seul devrait être suffisant pour la plupart des cas, il est néanmoins suggéré de consulter les deux documents d'accompagnement: *L'autonomie hospitalière: guide méthodologique* (Chawla, Govindaraj, Needleman, and Berman, 1996) et *Expériences récentes de l'autonomie hospitalière: leçons tirées de cinq études de pays* (Govindaraj and Chawla, 1996).

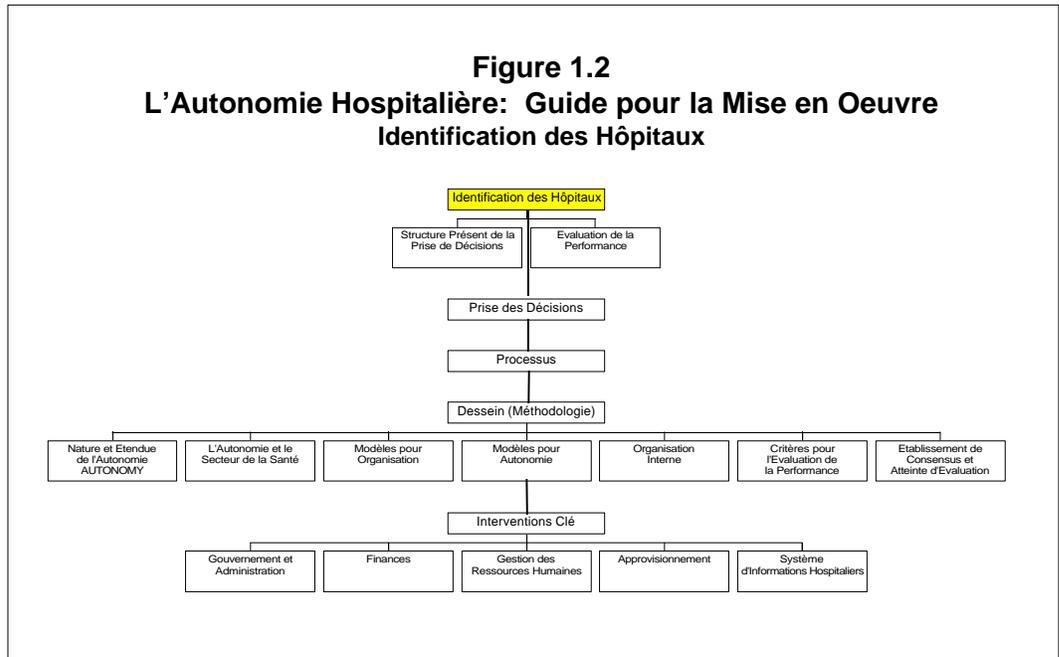
Ce document cherche à guider les fonctionnaires des Ministères de Santé et de Finances et les directeurs hospitaliers à travers l'évaluation des besoins et de la faisabilité de l'autonomie dans le contexte politique, socio-culturel et économique. Le guide donne des conseils détaillés sur le dessein, le processus et la restructuration d'éléments clé pour conformer à l'autonomie. Il fournit aussi des conseils utiles et souligne certains obstacles rencontrés couramment qui peuvent nuire à la mise en oeuvre de l'autonomie.

Il serait aussi utile de comprendre ce que ce guide n'est pas. Ce guide ne représente pas un traité sur les principes de gestion. Il n'y a aucune tentative

d'appliquer dans les hôpitaux publics les théories de l'organisation et de comportement en gestion. Nous sommes tout à fait en connaissance du fait que l'hôpital est une organisation complexe et dynamique qui produit une grande variété de biens et services, et que dans de telles situations les gérants ont de plus en plus besoin de bien comprendre son organisation. Le but de ce guide n'est pas de combler ce besoin. Ce n'est pas un texte sur la gestion, mais bien un guide pour aider les planificateurs et les gérants à améliorer leur performance en approfondissant leur compréhension des facteurs qui affectent la performance potentielle dans la provision des soins de santé.

Le restant du guide est organisée selon la figure 1. Nous suggérons de commencer avec une évaluation de la structure, la gestion et la performance de l'hôpital en question. La prise de décisions est examinée dans la section suivante. Lorsque la décision d'accorder plus d'autonomie à un hôpital public est prise, il devient pertinent et important de considérer les questions de dessein, de processus et d'interventions clé, qui forment les sujets des trois dernières sections.

Une liste de contrôle se situe à la fin de chaque section. Cette liste indique les informations qui devraient être rassemblées rendu à la fin de la section. Les listes étant plus ou moins cumulatives, celle située à la fin du document fournit une bonne idée de ce qui devrait être accompli en terminant ce guide.



3. Identification Des Hôpitaux

Le processus pour identifier les hôpitaux visés comprend trois étapes:

Étape 1: Dresser une liste de tous les hôpitaux publics, et les classer selon le niveau de service rendu, i.e. primaire, secondaire, ou tertiaire.

Étape 2: Faire une estimation du total des ressources gouvernementales consommées par chaque hôpital, en chiffres absolus, ainsi que sous forme de pourcentage du total des dépenses gouvernementales dans le secteur sanitaire.

Étape 3: Identifier les hôpitaux qui semblent avoir une mauvaise performance, selon les critères utilisés présentement par le Ministère de la Santé ou de Finances, par la communauté générale ou médicale.

Étape 4: S'il y a des hôpitaux qui semblent avoir une mauvaise performance, les évaluer selon des critères comme la consommation de fonds gouvernementaux afin de choisir un nombre maniable d'hôpitaux à réformer.

Étape 5: Décrire la structure présente de la prise de décisions et d'administration parmi les hôpitaux choisis.

Étape 6: Évaluer la performance de certains hôpitaux selon les critères suivants:

efficence, équité, responsabilité, qualité des soins, et mobilisation de revenus.

Étape 7: Réviser, si nécessaire, les priorités dans la liste d'hôpitaux à réformer.

L'information nécessaire pour les étapes 1 et 2 devrait être disponible auprès du gouvernement dans le Ministère de Santé, des Finances et de la Planification. Dans la troisième étape, la liste préliminaire peut être dressée en utilisant n'importe quel protocole, puisqu'elle sera révisée et mise au jour par la suite de toute manière. L'établissement de priorités est recommandé parce que les réformes gouvernementales connaissent une plus grande réussite lorsqu'elles sont concentrées et non dispersées. Les étapes 6 et 7 requièrent une attention particulière qui est discutée en plus de détails plus loin.

La structure présente de prise de décisions

Le point de départ dans l'évaluation consiste à déterminer le **processus présent d'administration de l'hôpital**. En utilisant la structure d'évaluation proposée dans *L'autonomie hospitalière: guide méthodologique* (Chawla et al, 1996), on peut décrire le processus présent d'administration de l'hôpital selon les dimensions de la gestion et la politique de l'hôpital.

L'évaluation de la performance

La première étape pour évaluer la performance est de décrire la nature et l'étendue des services hospitaliers, tels les départements de médecine, chirurgie, pédiatrie, maternité, etc., les services en ambulatoire, l'urgence et les cliniques spécialisées. Il est aussi utile de comprendre (a) le rôle de l'hôpital dans le système de référence; (b) les règlements et la procédure suivis par l'hôpital pour admettre les patients privés, les patients gouvernementaux payants, et les patients gouvernementaux non-payants; et (c) le nombre de lits alloués aux patients privés, aux patients gouvernementaux payants et aux patients gouvernementaux non-payants.

La performance de l'hôpital peut être évaluée selon l'efficence, la qualité des soins, la responsabilité, l'équité et la mobilisation de ressources. Nous discutons de ces critères dans le *Guide méthodologique* (Chawla et al, 1996) et examinons quelques concepts ci-dessous.

Efficence

La performance d'un hôpital se mesure surtout par la capacité de fournir des soins de haute qualité à un moindre coût. On peut mesurer l'efficence en

Tableau 1

Caractéristiques du processus présent de l'administration des hôpitaux

<i>Fonctions</i>	<i>État présent</i>
Domaine de la santé	<p>Quel est le rôle de l'hôpital dans l'établissement d'objectifs pour le secteur sanitaire, s'il y a lieu?</p> <p>Quel est le rôle de l'hôpital dans l'établissement de ses propres objectifs, s'il y a lieu?</p> <p>Quelle est l'interaction officielle/non-officielle entre l'hôpital et le gouvernement?</p>
Domaine de l'hôpital	
Gestion stratégique	<p>L'hôpital a-t-il défini et décrit sa mission et ses objectifs?</p> <p>L'hôpital a-t-il identifié des centres d'intérêt et d'expansion?</p> <p>L'hôpital a-t-il identifié une population cible?</p> <p>Quelles actions, s'il y a lieu, ont-été entreprises par l'hôpital pour la planification stratégique et pour préparer la mise en oeuvre?</p> <p>Qui prend décision pour la planification et la mise en oeuvre?</p>
Administration	<p>Est-ce que l'hôpital est géré par un Conseil d'administration?</p> <p>Si oui, comment sont nommés les membres du Conseil?</p> <p>Qui est membre du Conseil?</p> <p>Quel est le mandat du Conseil, et de quelle autorité dispose-t-il?</p> <p>Comment est nommé le directeur général?</p> <p>À qui se présente de directeur général?</p> <p>Quelles sont les responsabilités du directeur général, et de quelle autorité dispose-t-il?</p>
Gestion des finances	<p>Quelles sont les différentes sources de revenus pour l'hôpital?</p> <p>Quelle est la contribution du Ministère de Santé et d'autres agences gouvernementales?</p> <p>Quelle est la contribution des paiements par les usagers, s'il y en a?</p> <p>Qui détermine le tarif?</p> <p>Qui contrôle et reçoit le tarif?</p> <p>Qui assume le risque?</p> <p>Existe-t-il un système pour établir le budget de l'institution?</p> <p>Est-ce que le budget est séparé en dépenses récurrentes et en dépenses pour le capital?</p> <p>Si oui, quels sont les éléments du budget pour les dépenses récurrentes? du budget pour le capital?</p> <p>Y a-t-il une différence entre le contrôle et la supervision du gouvernement sur chacun de ces éléments?</p>
Gestion des ressources humaines	<p>Qui détient la responsabilité et l'autorité de la prise de décisions en ce qui concerne le personnel, c'est-à-dire, le recrutement, le renvoi, etc..?</p> <p>Quelle est l'hierarchie des positions dans l'hôpital?</p> <p>Comment est déterminé la structure des salaires? Est-ce que c'est le même que pour les employés du gouvernement?</p>
Approvisionnement	<p>Qui prend les décisions en matières reliées à la formation du personnel?</p> <p>Qui prépare la liste et la quantité de médicaments nécessaires?</p> <p>Qui achète ces médicaments? Est-ce le gouvernement ou l'hôpital? Si c'est l'hôpital, est-ce que les médicaments sont obtenus de magasins centraux ou du marché?</p> <p>Quel est le processus pour obtenir les médicaments du marché?</p> <p>Qui est responsable de l'achat du stock médical?</p> <p>Qui est responsable de l'achat du stock non-médical?</p> <p>Qui est responsable de l'achat et du maintien de l'équipement?</p> <p>Qui est responsable du maintien des installations?</p> <p>Qui est responsable du transport?</p>

mesurant les coûts et en examinant la relation entre les coûts et les services rendus.

Les coûts hospitaliers incluent les coûts récurrents (par exemple, l'entretien, le loyer, les services publics, le personnel, le service alimentaire, le blanchissage, les linges, et le coût des services diagnostiques, thérapeutiques et autres traitements) et le coût du capital (par exemple, le terrain, les installations, et l'équipement).

Les services hospitaliers sont d'habitude mesurés par le nombre de visites en ambulatoire, et le nombre d'hospitalisations et de renvois (guérisons). Les indicateurs traditionnels de service hospitalier sont:

- Le taux d'occupation des lits, mesurant le pourcentage de lits disponibles qui sont occupés pendant l'année;
- La durée moyenne de séjour, défini comme le nombre moyen de jours entre l'admission et le renvoi; et
- Le taux de rotation des lits, c'est-à-dire le nombre moyen de patients par lit par année.

Une approche pour évaluer l'efficacité est de la mesurer selon un indicateur de performance comme le coût quotidien par lit, le rendement des services, le retour sur le capital, etc. Il est important de noter, par contre, que des variations dans la données utilisées et les sources d'informations, ainsi que les variations dans l'environnement sanitaire, institutionnel, et économique peuvent compromettre de façon importante l'efficacité des études de coût unitaire. Pour qu'une étude de coût unitaire puisse indiquer quel hôpital est le plus efficace techniquement et économiquement, elle doit satisfaire aux conditions suivantes: (a) l'ensemble des cas dans chaque hôpital doit être comparable ou sinon, pris en compte; (b) la qualité des soins doit être la même ou ajustée; et (c) les informations sur les coûts doit prendre en compte les coûts pour la société associés avec l'utilisation des ressources. Sans ces conditions, les conclusions tirées des mesures de coût unitaire sont indéterminées ou difficiles à interpréter. Un coût unitaire élevé peut être une réflexion d'une variété de facteurs dont une haute qualité, une mauvaise efficacité, ou les caractéristiques des patients. Par contre, un coût unitaire peu élevé peut indiquer une mauvaise qualité ou une bonne efficacité.

La Qualité Des Soins

On peut évaluer les changements dans la qualité des soins selon l'effet d'une intervention sur la structure, le processus, et le résultat (Donabedian, 1980).

Cet effet est jugé selon six critères différents: l'efficacité, l'acceptabilité, l'efficience, l'accessibilité, l'équité, et la pertinence (Maxwell 1984, 1992). Cette classification 3-par-6 donne dix-huit "cellules," qui résultent de l'intersection de deux dimensions, donnant de l'information sur le seuil (structure, processus, outcome) et l'indicateur de la qualité (efficacité, acceptabilité, efficience, accès, équité, pertinence). La qualité des soins peut être évaluée en comparant chaque cellule à un standard établi et validé. La progression peut être évaluée en effectuant une comparaison temporelle des cellules.

Structure et Processus

Tableau 2
Qualité des soins

	<i>Structure</i>	<i>Procédures</i>	<i>Résultats</i>
Efficacité	Installations, équipement, procédures administratives, qualifications du personnel médical, etc.	histoire clinique, examen physique, examens diagnostiques, compétence technique, mesures préventatives, suivi, etc.	guérison, rétablissement des fonctions, survie, etc.
Acceptabilité	Confort des installations, propreté, discrétion, conseils, etc.	explication du traitement, éducation des patients, etc.	suivi des résultats pour amélioration, réunions, etc.
Efficience	Niveaux adéquats de personnel et d'équipement, etc.	administration, organisation, personnel, arrangement des opérations, etc.	comparaison des coûts pour cas semblables dans les divers départements et dans le temps
Accessibilité	Emplacement, etc.	capacité, etc.	traitement des patients sur des listes d'attente, etc.
Équité		traitement biaisé, etc.	résultats biaisés, etc.
Pertinence	Utilité des ressources, besoin des services spécifiques, etc.		effet sur la santé de divers groupes de patients, etc.

L'état des installations et de l'équipement, le processus administratif, les qualifications, l'expérience et la formation du personnel médical et non-médical, et l'accréditation de l'hôpital sont des éléments structureux qui affectent l'efficacité du rendement des services hospitaliers. Entre autres, le confort, la courtoisie, la discrétion, les conseils, etc., affectent l'acceptation des services hospitaliers par les patients. Des niveaux adéquats de personnel et

d'équipement auront probablement un effet sur les paramètres de l'efficience, tandis que l'emplacement des installations aura probablement un impact sur la question d'accessibilité. Toutes ces questions tombent sous la rubrique de la qualité des soins. Du côté processus se trouvent les éléments de gestion technique, les examens diagnostiques, la médecine de prévention, l'éducation des patients, l'administration ou l'organisation générales, la capacité, etc. La distinction entre structure et processus n'étant pas toujours évidente, il est souvent plus convenient de les évaluer conjointement.

Résultats

La guérison des patients, le traitement de suivi, et l'effet sur la santé dans différentes populations ne représentent que quelques facteurs importants pour l'évaluation de la qualité des soins. Le taux de guérison et de survie, ou le taux de mortalité peuvent indiquer l'efficacité des résultats dans un hôpital. Les visites de suivi pour amélioration peut indiquer l'acceptabilité par les patients. La comparaison de coûts et de cas dans le temps peut révéler des changements d'efficacité. L'équité et l'accessibilité peuvent être évaluées en regardant l'utilisation de l'hôpital par les différents groupes socio-economiques et raciales, ainsi que par sexe, âge, maladie et condition traitée.

Équité

Selon Wagstaff et Doorslaer (1993), on peut définir l'équité selon le financement et la provision des soins de santé. Pour que le financement de la santé soit équitable, il est nécessaire que "les personnes ou les familles ayant une capacité inégale de payer fassent des paiements réduits de façon appropriée" pour leurs soins de santé (équité verticale), et que "les personnes ou les familles avec une même capacité de payer fassent la même contribution" (équité horizontale). Pour que la provision des soins soit équitable, il est nécessaire que "les personnes avec des besoins différentes soient traitées de manière différente et appropriée" (équité verticale), et que "les personnes avec des besoins égaux soient traitées également" (équité horizontale). (Toutes les citations proviennent de Wagstaff et Doorslaer, 1993).

Responsabilité

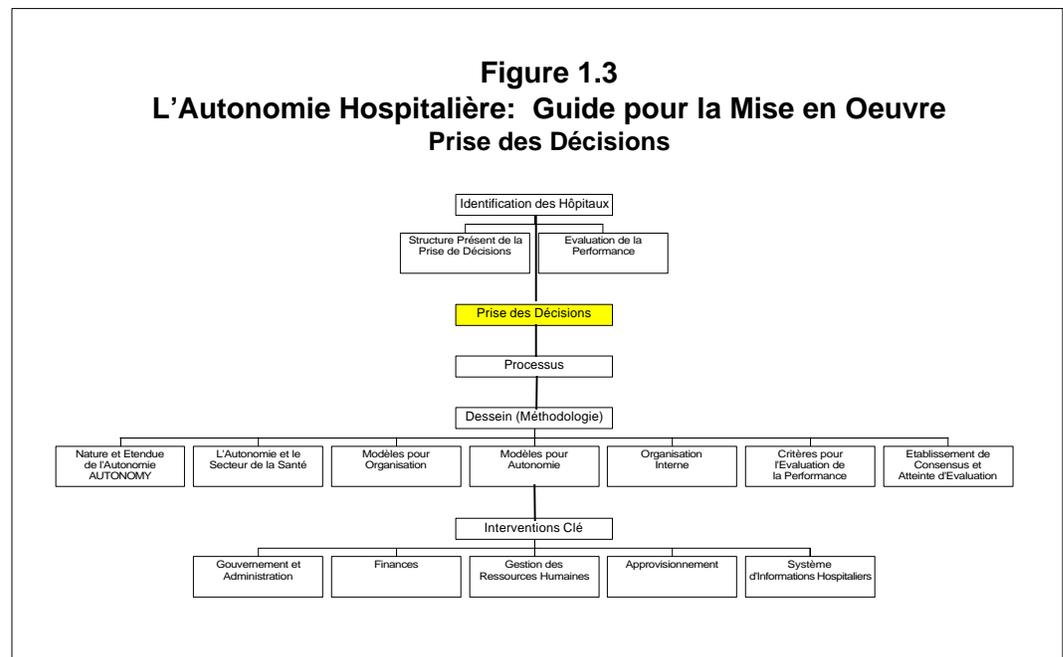
La responsabilité était de moindre importance quand les hôpitaux ne représentaient que des symboles d'efforts humanitaires pour le bien de la communauté. Aujourd'hui, par contre, il y a question de qualité et d'efficacité car les hôpitaux consomment une proportion croissante de ressources limitées de manière relativement peu efficiente et peu efficace, comme ont constaté Schulz et Johnson (1990). La responsabilité plutôt que le contrôle devient une

question de plus en plus importante, les hôpitaux devenant responsables envers les consommateurs, les patients individuels, le gouvernement et autres bailleurs de fonds, les agences de régulation, et ses propres employés. La responsabilité aide à justifier l'utilisation des ressources communautaires et à les utiliser pour améliorer la santé dans la communauté. Selon Bowen (1973), un bon système de responsabilité a des objectifs clairs, avec un classement par priorité; alloue les ressources afin de favoriser un maximum de retour pour atteindre ces objectifs; évalue les résultats actuels ; et donne un compte rendu de l'évaluation à tous les partis impliqués.

Liste De Contrôle

Vérifier que toutes ces informations ont été obtenues à la fin de cette section:

- √ Une liste de tous les hôpitaux publics
- √ L'allocation des ressources gouvernementales aux hôpitaux
- √ Une liste préliminaire des hôpitaux visés
- √ Une description du processus administratif présentement en vigueur dans ces hôpitaux
- √ L'évaluation de la performance de ces hôpitaux par rapport à l'efficacité, la qualité des soins, l'équité, la responsabilité, etc..
- √ Une liste finale des hôpitaux visés, avec l'établissement de priorités selon des critères bien définis.



4. La Prise De Décisions

Si l'analyse indique que

- certains hôpitaux gouvernementaux ne réussissent pas en général de maximiser le bien-être du public, ou le font à un coût élevé; et
- ces hôpitaux consomment une part importante du budget gouvernemental pour la santé sous forme d'infusions de capital, de subventions et de dépenses opérationnelles;

on peut alors conclure que

- le service rendu par les hôpitaux possédés et gérés par le gouvernement, sous la forme présente, ne constitue pas une utilisation efficiente des ressources gouvernementales, et une amélioration de la situation présente devrait avoir un grand impact positif.

Les deux solutions qui sont souvent proposées pour améliorer la performance et l'efficience des hôpitaux sont:

- la privatisation
- la réforme du contrôle et de la gestion des hôpitaux par le gouvernement.

L'implication du gouvernement dans la provision des services de santé est suggérée pour de nombreuses raisons:

- *Socio-politiques*: Le public s'attend à ce que le gouvernement soit à l'écoute des besoins en matière de santé de tous les citoyens du pays.
- *Opérationnelle*: L'investissement du gouvernement dans la provision des soins de santé n'a pas réussi à produire les résultats attendus pas parce que l'idée n'était pas bonne, mais parce qu'elle n'a pas été bien mise en oeuvre.
- *Économique*: On peut justifier l'implication du gouvernement dans la provision des soins de santé par de nombreuses raisons, dont les arguments concernant le bien public, l'existence de facteurs externes dans le secteur sanitaire, et l'asymétrie des informations.

- Les intentions du gouvernement, par exemple apporter à tous des soins de santé abordables et de haute qualité, sont généralement perçues comme étant bonnes, même si en réalité elles ne sont pas bien exécutées. Par contre, bien qu'il soit raisonnable de s'attendre à ce que les organisations privées soient capables de bien mettre en oeuvre un projet, i.e. de manière efficiente et innovatrice, rapidement, et correctement, leurs motivations ne sont pas toujours les bonnes. La solution idéale consiste donc de trouver une combinaison qui *fait du bien et le fait correctement*.

Les réformes par rapport au contrôle et à la gestion gouvernementaux varient entre le raffinement et des réformes marginales, et des modifications plus radicales comme l'accord d'autonomie fonctionnelle aux hôpitaux publics. Bien que le raffinement et réformes marginales peuvent apporter les améliorations nécessaires à la performance si les problèmes sont mineurs, des situations plus fondamentales requièrent évidemment des solutions avec plus d'envergure. Une alternative, bien que pas du tout une panacée (voir Govindaraj and Chawla, 1996) serait d'accorder à l'hôpital une plus grande autonomie dans la prise de décisions sur une variété de fonctions.

Il existe plusieurs publications sur les bénéfices et les désavantages potentiels d'accorder une plus grande autonomie aux hôpitaux publics (voir les critiques de McPake, 1996; Chawla, et al., 1996). Il n'est pas évident que les bénéfices de l'autonomie l'emporteront sur les désavantages, mais le consensus populaire semble dire qu'une plus grande autonomie peut amener des gains importants dans l'efficacité, l'efficacité, la responsabilité publique, et la qualité des soins, sans trop compromettre l'équité.

- L'autonomie hospitalière peut emmener des gains dans l'efficacité technique et allocative. Diverses raisons ont été citées pour expliquer ces gains: les structures de récompense et autres réformes qui accompagnent l'autonomie; la plus grande liberté des hôpitaux autonomes de choisir leur fonction productive optimale, les types et niveaux d'entrées, de débits et de produits de sortie; et la direction générale de stratégie et l'agenda de développement.

Par contre, quand l'autonomie n'est pas associée avec des récompenses, ou les récompenses ne sont pas suffisantes, les bénéfices potentielles de l'autonomie ne peuvent se réaliser. L'autonomie peut également entraîner la perte de bénéfices associées avec les économies d'échelle et d'envergure, et peut donc augmenter l'inefficacité de l'hôpital.

- L'autonomie semble augmenter la responsabilité publique et la satisfaction des consommateurs. On peut s'attendre à ce que les hôpitaux autonomes, dotés de plus d'autonomie, répondent mieux aux besoins communautaires. Cela augmentera le soutien et de

l'acceptation du public, ainsi que la participation communautaire dans la prise de décisions à l'hôpital. En outre, la délégation de l'autorité "peut être accompagnée par un système de contrôle et de supervision afin d'assurer un déploiement responsable d'autorité, menant donc à une amélioration de la satisfaction des patients" (Chawla et Berman, 1995).

Par contre, une plus grande autonomie hospitalière n'implique pas toujours plus d'attention aux besoins communautaires. L'absence d'un contrôle central permettra aux hôpitaux de placer leurs intérêts avant ceux des consommateurs. Le désavantage potentiel le plus important résultant de l'accord d'autonomie aux hôpitaux publics serait de compromettre l'équité dans le financement et la provision des soins (Chawla et Berman, 1995).

- L'autonomie peut améliorer la qualité des soins apportés par les hôpitaux. Une plus grande autonomie accompagnée de niveaux appropriés de récompenses, de réaction de la part des consommateurs, et de responsabilité publique, devrait résulter en une utilisation optimale du personnel, une amélioration dans la performance du personnel et de leur attitude envers les patients, une meilleure disponibilité des médicaments et services, un meilleur maintien des installations et de l'équipement, etc. - tous des facteurs qui contribuent à l'amélioration de la qualité des soins.

Il est important de noter que plusieurs difficultés peuvent survenir lorsque les gouvernements amorcent la mise en oeuvre de l'autonomie, comme nous avons constaté dans notre évaluation de cinq pays qui ont mis en oeuvre l'autonomie hospitalière (voir Govindaraj et Chawla, 1996 pour le résumé de l'expérience de chaque pays). Nos études ont démontré que pour la plupart, les gouvernements ont compté sur les manoeuvres légales pour s'assurer que l'autonomie fonctionnait comme prévu. On peut s'assurer de l'autonomie en faisant une distinction légale entre l'hôpital gouvernemental et l'État (Kenya, Inde), en plaçant l'hôpital sous le contrôle d'un conseil indépendant (Ghana, Kenya, Inde, Indonésie, Zimbabwe), ou en excluant les employés des règlements et privilèges civiles (Kenya), et en les permettant d'avoir leur propres comptes bancaires (Ghana, Kenya, Inde, Indonésie, Zimbabwe) et de retenir leurs surplus (Kenya, Zimbabwe). Dans la plupart des cas, les gouvernements ont limité leur propre rôle en restant en dehors des affaires opérationnelles et en limitant leur attention à l'établissement de priorités, l'administration de l'hôpital ayant simplement besoin de suivre les objectifs et politiques du gouvernement et les soumettre à une évaluation par le gouvernement.

Cependant, malgré les structures légales en place, les Ministères de Santé et de Finances ont tendance à percevoir les hôpitaux comme des extensions du gouvernement. Ainsi, ils ont eu tendance à se concentrer sur des questions qui

sont typiquement sous la juridiction du gouvernement, comme le comptage, les dépenses discrètes, etc. Là où les fonctionnaires gouvernementaux ont essayé de faire plus, ils ont rencontré des contraintes de temps et de personnel. Cette forme de contrôle et de supervision gouvernementale a connu plusieurs conséquences négatives. En premier lieu, beaucoup de temps est passé et gaspillé à faire des interventions fréquentes. Deuxièmement, les gérants perdent leur motivation, ce qui réduit l'efficacité. Troisièmement, puisqu'il y a tellement de décisions internes qui sont prises en dehors de l'hôpital, les gérants ne peuvent pas vraiment être responsables. Quatrièmement, les gérants passent beaucoup de temps et dépensent beaucoup d'énergie à chercher des moyens de contourner les règlements et contrôles gouvernementaux. Et finalement, des questions mineures reçoivent tellement d'attention qu'on n'adresse pas toujours les questions plus fondamentales concernant les objectifs et la stratégie.¹

Nous réalisons que le succès limité des hôpitaux autonomes à **faire les bonnes choses** et à **les faire correctement**² est responsable de la déception générale qui relève de la notion d'autonomie. Nous affirmons, toutefois, que c'est la mise en oeuvre de l'autonomie dans ces pays qui est imparfaite, et non la notion de l'autonomie elle-même. Des nouveaux systèmes et processus de mise en oeuvre doivent être développés par un procédé d'expérimentation et de créativité; sinon, on risque de perdre un outil de valeur sans l'avoir appliqué correctement.

La décision d'accorder plus d'autonomie aux hôpitaux publics doit être gouvernée non seulement par les problèmes de la structure déjà existante, mais aussi par la bonne volonté du gouvernement de prendre des pas innovateurs et quelquefois rigoureux pour donner aux systèmes la chance de performer.

Liste De Contrôle

À la fin de cette section, une décision sur le futur de l'hôpital devrait être prise. Si la décision est d'entreprendre des réformes marginales dans la structure administrative et de contrôle existante, le reste du guide ne constitue alors qu'une lecture académique. Si, par contre, la décision est prise d'accorder plus d'autonomie à l'hôpital, les sections suivantes sur le dessein, le processus et les interventions clés seront utiles.

- √ Liste finale d'hôpitaux visés, classés selon des critères bien définis
- √ Une décision préliminaire par rapport à l'autonomie

1/ Des arguments semblables se trouvent dans Jones (1980, 1991).

2/ Cette terminologie est souvent utilisée dans la littérature commune sur l'économie publique. Nous utilisons ces termes suivant Ramamurti (1991).

5. Le Processus

Une fois la décision prise d'accorder l'autonomie à un hôpital ou un groupe, la prochaine étape est de créer des conditions pour favoriser la mise en oeuvre. Il est important de garder en tête qu'un grand nombre de personnes et d'organisations dans le gouvernement, l'hôpital, le public, les médias, etc. ont la capacité d'influencer le processus de la prise de décisions, et que l'erreur de ne pas prendre en compte leur contribution peut nuire au projet avant même qu'il ne commence. Pour le gouvernement il y a question de la prise de décisions portant sur le type et l'étendue de l'autonomie; de l'évaluation de l'effet probable de l'autonomie sur les finances, l'administration et le personnel du gouvernement; des facteurs politiques comme l'appui ou l'opposition de différents groupes; des facteurs légaux concernant par exemple la législation particulière d'un pays et le besoin d'un changement; ainsi que des facteurs reliés spécifiquement aux employés gouvernementaux dans les hôpitaux.

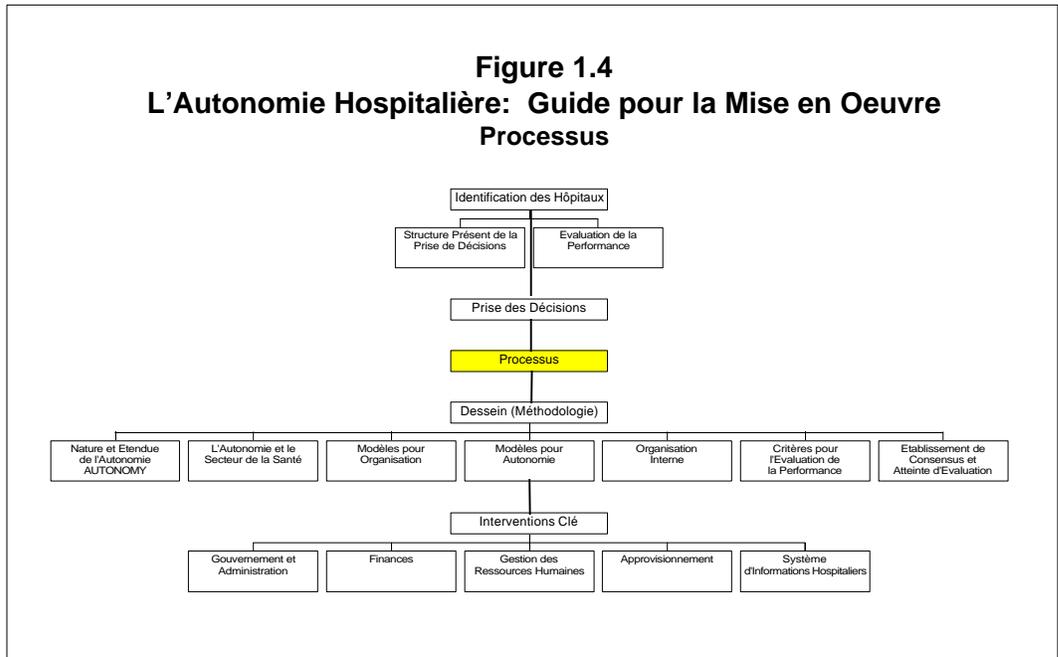
Dans l'hôpital il y a les questions des employés par rapport à leurs conditions de travail futures; la modification des relations entre les groupes d'employés, surtout entre le personnel médical et administratif; des questions syndicales et de négociation collective; la nature et l'étendue des services hospitaliers et leur expansion; et la mission et l'objectif de l'hôpital sous une gestion autonome.

De même, dans le public et les médias il y a des questions sur le rôle de l'hôpital autonome de combler les besoins de la communauté; les modifications de stratégies pour la mobilisation de ressources après autonomie; et la responsabilité d'une organisation autonome envers le public.

Reich (1994) fournit "une démarche en six étapes pour décrire les facteurs, les participants principaux, les ressources et les réseaux impliqués dans une décision particulière de politique de santé".

- La première étape décrit l'effet de la politique de santé selon l'identité, l'ampleur, le timing et l'intensité des conséquences.
- La deuxième étape identifie les opposants et les partisans de la politique.
- La troisième étape identifie les organisations et individus importants pour la prise de décisions, et évalue l'influence de la politique sur ces organisations et individus.

Figure 1.4
L'Autonomie Hospitalière: Guide pour la Mise en Oeuvre
Processus



- La quatrième étape identifie les liens officiels et non-officiels entre les organisations et les individus impliqués dans la politique.
- La cinquième étape évalue les modifications de l'organisation responsable, et porte sur le monde politique et économique général.
- La dernière étape fait une analyse des stratégies employées pour influencer la décision.

Liste De Contrôle

Le processus pour la mise en oeuvre de l'autonomie comprend donc:

- ✓ Une liste finale d'hôpitaux visés, classés selon des critères bien définis
- ✓ Une décision préliminaire par rapport à l'autonomie
- ✓ Une énonciation claire des objectifs du gouvernement pour la mise en oeuvre de l'autonomie et l'effet prévu de l'autonomie sur le secteur sanitaire par rapport aux finances et à l'administration.
- ✓ L'identification d'individus et de groupes qui seront probablement directement ou indirectement affectés par l'autonomie
- ✓ L'identification et la description de transitions et de changements qui

ont lieu dans le gouvernement et qui peuvent influencer la décision; l'identification et la descriptions de transitions et de changements qui ont lieu dans l'environnement politique et économique qui peuvent influencer la décision.

- √ L'identification des partis clé dans le gouvernement, les partis politiques, les organisations non-gouvernementales, le secteur privé, les agences internationales, les bailleurs, le personnel de l'hôpital, et la communauté qui joueront probablement un rôle important dans la prise de décisions ou la mise en oeuvre, et l'importance de la décision pour eux.
- √ L'analyse de l'appui et de l'opposition de ces groupes
- √ Une compréhension de tous les moyens disponibles pour utiliser cet appui et d'affronter cette opposition

6. Dessein

Comme nous avons mentionné ailleurs, des règlements seuls ne sont pas suffisants pour faire fonctionner un hôpital autonome. Des nouveaux systèmes de gestion innovateurs sont nécessaires pour administrer et coordonner de manière efficace les activités du gouvernement et des hôpitaux autonomes. Il est nécessaire de développer des nouveaux systèmes de planification stratégique, de financement, de budgeting, de surveillance et d'évaluation, et de gestion du personnel dans les hôpitaux publics. En somme, pour qu'un hôpital autonome puisse fonctionner, des nouveaux systèmes doivent être créés (ou bien les systèmes existants reconfigurés) pour être compatibles avec et appropriés pour ces institutions complexes et hybrides. Ces réformes doivent être mises en place comme composants intégrés d'une réforme générale du secteur sanitaire dans les pays en voie de développement, et non comme initiatives individuelles et non-relées.

Il y a plusieurs étapes impliquées dans le dessein d'une organisation autonome:

Étape 1: Décider de la nature et l'étendue de l'autonomie accordée à l'hôpital.

Étape 2: Identifier le rôle de l'autonomie dans le contexte des réformes dans le secteur sanitaire.

Étape 3: Décider à quel niveau de l'hôpital l'autonomie sera accordée.

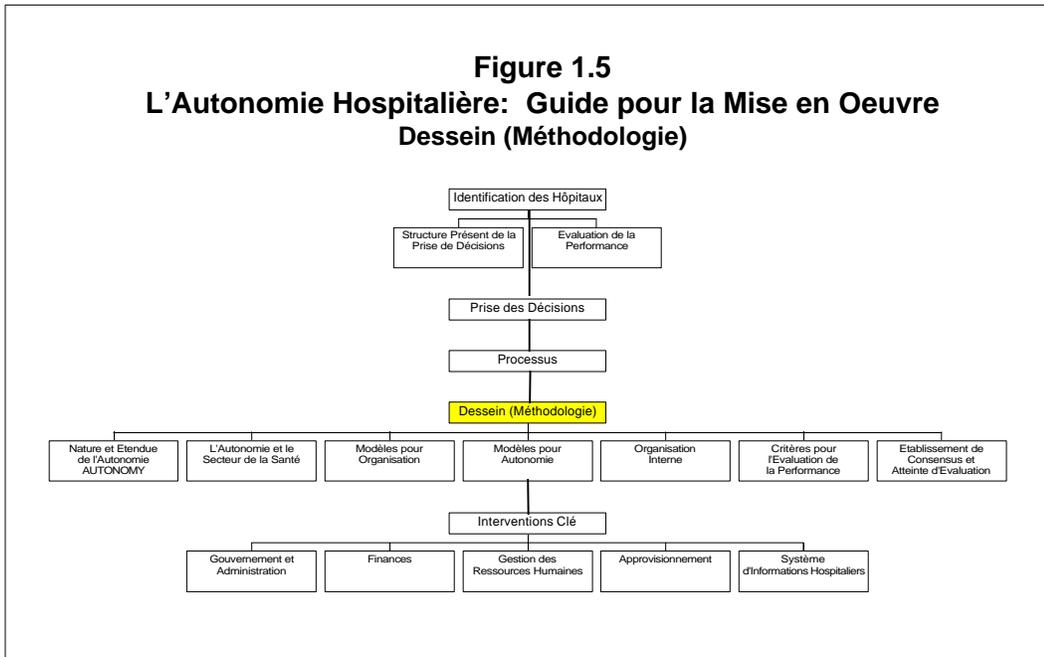
Étape 4: Décider si l'organisation interne de l'hôpital doit être modifiée.

Étape 5: Établir des critères pour l'évaluation de la performance.

Étape 6: Entreprendre un développement de consensus.

Nous discutons de chacune des étapes.

Figure 1.5
L'Autonomie Hospitalière: Guide pour la Mise en Oeuvre
Deessein (Méthodologie)



Nature et étendue de l'autonomie

Dès la décision prise d'accorder une plus grande autonomie, il faut décider de la *quantité* et du *type* d'autonomie à accorder. Nous examinons ces questions dans le *Guide méthodologique* (Chawla et al, 1996), et présentons quelques arguments ci-dessous.

L'autonomie est définie dans le dictionnaire comme étant "la qualité ou l'état de s'auto-gouverner, surtout, le droit ou le pouvoir de s'auto-gouverner"; "existant ou être capable d'exister indépendemment"; et "être sujet à ses propres lois seulement". Cependant, ces définitions sont trop étroites pour définir l'autonomie hospitalière, et ne peut avoir de signification que si elle satisfait à des critères établis par consensus. Autrement dit, un hôpital ne peut être autonome que dans un contexte défini a priori. Afin de mesurer l'étendue de l'autonomie, il est important de spécifier les caractéristiques de chacune des fonctions de l'hôpital pour chaque niveau d'autonomie.

Selon notre structure, nous définissons l'autonomie hospitalière selon deux dimensions: le degré de centralisation dans la prise de décisions ("degré d'autonomie") et la gamme de décisions portant sur la gestion et les politiques des hôpitaux (incluant et la formulation des politiques et la mise en oeuvre). Nous croyons que ce sont les dimensions appropriées pour discuter de l'autonomie hospitalière, car les facteurs appropriés sont plutôt le degré de prise

de décisions décentralisée qui a lieu dans un hôpital et la faisabilité d'une telle prise de décisions pour chacune des fonctions administratives.

Le Tableau 3 présente notre modèle conceptuel sous la forme d'une matrice 6X3, dont les axes sont le degré d'autonomie et les fonctions politiques/de gestion. Selon notre modèle, l'autonomie peut se situer n'importe où entre les deux cas extrêmes qui sont la situation où toutes les décisions sont prises par le propriétaire (privé ou public) et la situation où la prise de décisions et la formulation des politiques sont largement décentralisées. Nous faisons une distinction entre la prise de décisions au niveau macro, i.e., dans le domaine national de santé, et la prise de décisions qui a lieu dans le domaine des hôpitaux. Nous identifions 3 stades (1-3) pour chacune des fonctions politiques et de gestion.

Le **domaine de la santé** fait référence aux décisions prises soit au niveau gouvernemental ou au niveau du gouvernement et de l'hôpital, c'est-à-dire les décisions sur lesquelles les hôpitaux typiquement n'exercent qu'une influence limitée. Le **domaine de l'hôpital**, par contre, fait référence à toutes les activités entreprises dans le cadre de l'hôpital, sur lesquelles l'administration de l'hôpital exerce d'habitude plus de contrôle.

Les deux fonctions du domaine de la santé sont: la formulation générale d'objectifs (nationaux ou pour l'État) de santé (e.g., fixer des objectifs sanitaires nationaux, des programmes de santé, l'allocation de ressources pour la santé, etc.), et la formulation d'objectifs spécifiques aux hôpitaux (e.g., fixer les rôles et fonctions hospitaliers, la documentation de conditions, les critères d'évaluation, etc.).

Les cinq fonctions du domaine de l'hôpital sont, respectivement: la gestion stratégique, l'approvisionnement, la gestion financière, la gestion des ressources financières, et l'administration. La **gestion stratégique** fait référence à la définition de la mission générale de l'hôpital, l'établissement d'objectifs stratégiques, la gestion du capital de l'hôpital, et la prise de responsabilité pour les politiques du fonctionnement de l'hôpital. L'**approvisionnement** se rapporte à l'achat des médicaments, du stock médical et non-médical, et l'équipement hospitalier. La **gestion financière** fait référence à la génération de ressources pour le fonctionnement de l'hôpital, et à la planification, la comptabilité, et l'allocation correcte de ces ressources. La **gestion des ressources humaines** comporte la formation et la gestion des diverses catégories du personnel hospitalier. L'**administration** fait référence à toute autre responsabilité (i.e., autre que la gestion des finances, du personnel et de l'approvisionnement) impliquée dans le fonctionnement quotidien de l'hôpital ou dans l'exécution des fonctions définies par la déclaration de la mission de l'hôpital. Le Tableau 4 résume les activités spécifiques tombant sous la rubrique des fonctions politiques et de gestion décrites dans le Tableau 3.

Tableau 3

Modèle conceptuel pour l'autonomie hospitalière

Fonctions politiques et de gestion	Degré d'autonomie				
	Complètement centralisé	----->			Complètement décentralisé
	Peu d'autonomie	Peu d'autonomie			Beaucoup d'autonomie
a		b	c		
A. Domaine de la santé					
Objectifs généraux de santé	Toute prise de décisions par le propriétaire	Prise de décisions par le propriétaire et l'administration hospitalière			
Objectifs spécifiques à l'hôpital	Toute prise de décisions par le propriétaire	Prise de décisions par le propriétaire et l'administration hospitalière	Toute prise de décisions par l'administration hospitalière		
B. Domaine de la santé					
Gestion stratégique	Contrôle direct par le propriétaire: Gouvernement, para-gouvernemental, ou privé	Gouvernement par le Conseil d'administration appointé et guidé par, mais pas soumis au propriétaire	Conseil constitué indépendamment, prise de décision indépendante		
Administration	Gestion directe par le propriétaire, qui établit aussi les règlements pour la gestion de l'hôpital	Pouvoirs limités décentralisés à l'administration hospitalière; propriétaire exerce une certaine influence sur les décisions	Administration indépendante fonctionnant selon les directives du Conseil, avec une capacité importante de prise de décision		
Approvisionnement	Approvisionnement centralisé, le propriétaire déterminant les quantités et dépenses totales	Combinaison d'approvisionnement centralisé et décentralisé	Approvisionnement contrôlé par l'administration seule		
Gestion financière	Financement complet par le propriétaire; le propriétaire seul contrôle les finances	Subvention par le propriétaire, plus fonds provenant d'autres sources, finances contrôlées par le Conseil avec une certaine influence par le propriétaire	Autofinancement; pas de subvention par le propriétaire; finances contrôlées par le Conseil; prise de décision indépendante importante pour les gérants		
Gestion des ressources humaines	Propriétaire engage le personnel; régulation par le propriétaire seul	Personnel engagé par le Conseil, et sujets aux règlements du Conseil et du propriétaire	Personnel engagé par le Conseil; toutes conditions et tous règlements établis par le Conseil; capacité importante de prise de décision pour les gérants		

La relation entre l'autonomie hospitalière et la réforme dans le secteur de la santé

Comme nous avons témoigné ailleurs (voir, par exemple, Govindaraj et Chawla) l'autonomie hospitalière constitue une part importante de la réforme dans le secteur de la santé et est inextricablement liée à d'autres réformes, comme la mobilisation de ressources, l'accroissement de la compétition, la participation encourageante du secteur privé, etc. En outre, puisque les hôpitaux consomment

Tableau 4

Activités de certaines fonctions politiques et de gestion

<i>Fonctions politiques et de gestion</i>	<i>Activités spécifiques</i>
A. Domaine de la santé	Établissement des objectifs nationaux, définition de rôles, législation et régulation
B. Domaine de l'hôpital	
Gestion stratégique	Définition de la mission, planification stratégique, guide des opérations, gestion du capital
Gestion financière	Mobilisation de ressources, planification et allocation des ressources, comptabilité des recettes et des dépenses
Gestion des ressources humaines	Embauchage et renvoi du personnel, création des postes, détermination des règlements pour employés, contracts et salaires
Approvisionnement	L'achat de médicaments et de stock médical, achat de stock non-médical, achat de l'équipement
Administration	Toute autres activité de gestion quotidienne nécessaire à la mise en oeuvre de la mission et à la fonction de l'hôpital, par exemple: les horaires, l'allocation d'espace, gestion de l'information, relations publiques, etc.

une part considérable du budget de santé dans plusieurs pays en voie de développement, les réformes portant sur le fonctionnement des hôpitaux et sur le système de santé en général ont tendance à se renforcer mutuellement. L'autonomie hospitalière comporte donc plusieurs liens avec d'autres composants du système de santé, et souvent cette relation est telle qu'il est difficile de maintenir l'autonomie sans apporter d'autres réformes, ou de réaliser le potentiel des autres réformes sans autonomie.

Le Tableau 5 ci-dessous catégorise la relation entre l'autonomie hospitalière et les réformes dans le secteur de la santé, et illustre leur renforcement mutuel, ainsi que leur nature.

L'évaluation des objectifs et de l'effet de l'autonomie hospitalière devrait donc avoir lieu non seulement dans le contexte des autres mesures entreprises pour améliorer la performance des hôpitaux publics, mais aussi dans le plus grand contexte des réformes dans le secteur de la santé.

Tableau 5**Autonomie faisant partie de la réforme de santé**

Réforme	Le soutien apporté à la réforme par un hôpital autonome	Le soutien apporté à l'amélioration de la performance d'un hôpital autonome par la réforme
I. Mobilisation de ressources	Améliore la performance de la collecte des frais et la gestion des finances	Soutient et rend possible l'autonomie financière
II. Introduction des crédits budgétaires de l'État et la surveillance du budget	Facilite le contrôle et la surveillance du budget et rend plus transparent les dépenses gouvernementales	Encourage la collecte, la gestion et l'analyse consciencieuse de données; améliore la gestion de l'hôpital en général
III. Décentralisation et dévolution	Complémente et soutien la décentralisation et la dévolution de la prise de décision	Soutient l'autonomie
IV. Compétition du marché	Soumet les hôpitaux publics à la compétition	Contribue à une limitation de dépenses efficace
V. Augmentation de la participation du secteur privé	Contribue à la création d'une sphère d'activité égalitaire	Créé un environnement de compétition

Modèles d'organisation

Le système d'hôpitaux publics peut être organisé de manière à accorder divers degrés d'indépendance aux diverses sous-unités. Cette réorganisation peut, par exemple, transférer l'autorité de la planification, la gestion, la mobilisation et l'allocation de ressources du gouvernement central et ses agences aux corps suivants:

- des unités régionales d'agences ministérielles;
- des unités ou niveaux gouvernementaux subordonnés;
- des autorités ou corporations publiques semi-autonomes;
- des autorités régionales ou fonctionnelles; ou
- des organisations privées ou volontaires non-gouvernementales.

La réorganisation de l'autorité pour accorder une plus grande autonomie peut s'accomplir par un processus de déconcentration et de délégation (Rondinelli et al, 1984 et Mills, 1990).

La **déconcentration**, ou la réorganisation de l'autorité en général, fait référence à la nouvelle distribution d'une quantité quelconque d'autorité administrative aux niveaux inférieurs de la hiérarchie. Selon le guide établi par l'agence centrale, des hôpitaux régionales sont accordé un élément de discrétion dans l'exécution de projets et de propositions et dans l'ajustement de directives selon les conditions locales. La déconcentration peut entraîner deux types de structures administratives dans un hôpital: une structure administrative verticale et une structure intégrée, ou préfectorale. Selon le motif vertical, le personnel local de chaque ministère est responsable à son propre ministère. Par exemple, les officiels de santé publique et les officiels de la collecte de revenus dans un hôpital seraient sous la direction d'autorités différentes. Des structures coordinatrices comme un comité régional pourraient être sanctionnées pour assurer la coopération des ministères régionales et centrale, et pourraient disposer d'une certaine discrétion en matières financières. Selon la seconde forme d'administration, la forme intégrée, un représentant local du gouvernement central est responsable de la mise en place de toutes les actions gouvernementales dans l'hôpital. Les exigences minimales pour cela incluent un domaine géographique bien défini pour lequel les gérants sont responsables, au moins un membre de personnel supérieur avec des pouvoirs bien définis, un établissement budgétaire et de personnel, et un moyen de communiquer les besoins locales à l'autorité centrale.

La **délégation**, ou la réorganisation de l'autorité particulière à chacune des fonctions, implique le transfert de la prise de décisions et de l'autorité de gestion pour chaque fonction à des organisations qui ne sont pas contrôlées par les ministères du gouvernement central. Les fonctions peuvent être déléguées par le gouvernement central à des organisations comme des corporations publiques et des autorités régionales de planification et de développement, et d'autres organisations para-gouvernementales qui ne se trouvent pas officiellement dans le cadre du gouvernement.

La nature et le degré d'autonomie dépendent du contrôle que retiendrait le gouvernement sur les fonctions de l'hôpital, surtout sur les fonctions importantes comme (a) la formulation des politiques de santé et l'établissement de priorités nationales; (b) l'allocation de certaines ressources, en particulier les fonds capitaux; (c) le contrôle de la qualité et du licensement; (d) la régulation du personnel de santé, incluant la sélection et le recrutement, la formation, la rémunération, la discipline et le renvoi, etc.; et (e) la régulation, l'allocation des surplus, et les comptes financiers et la comptabilité.

Modèles d'autonomie

Il existe deux modèles communs d'autonomie favorisés par les pays que nous avons étudiés:

- Rendre les hôpitaux individuels autonomes et transférer la prise de décisions aux comités indépendants
- Établir une organisation d'hôpitaux comme une organisation quasi-gouvernementale et la rendre autonome.

Le modèle paragouvernemental comporte plusieurs avantages:

- Le gouvernement a affaire avec une seule organisation au lieu de plusieurs hôpitaux.
- Il est plus facile de surveiller et de réglementer une seule organisation que de le faire pour plusieurs.
- Une seule organisation autonome ne nécessite qu'une seule équipe de gestion, au lieu d'un plus grand personnel pour plusieurs unités.

Il y a toutefois des désavantages:

- Certains hôpitaux demeurent non-autonomes, et les bénéfices de l'autonomie ne sont pas complètement réalisées.
- Il est facile pour le gouvernement de contrôler une seule organisation, ce qui a pour effet la dilution de l'autonomie.
- Une direction inefficace peut avoir des conséquences plus néfastes dans une seule grande organisation, affectant tous les hôpitaux, au lieu d'une direction inefficace dans quelques petits hôpitaux.

Organisation interne

L'organisation interne d'un hôpital n'a pas besoin d'être modifiée suite à l'autonomie, mais si un changement est de rigueur pour toute autre raison, l'autonomie peut présenter le moment approprié pour la réorganisation. Une réorganisation avec un changement de politique, de personnel et de responsabilités peut apporter de nouvelles approches pour la résolution de problèmes, ainsi qu'une nouvelle perspective pour considérer des problèmes chroniques. De même, une réorganisation est peut-être nécessaire tout simplement pour indiquer que l'on fait quelque chose, ce qui peut entraîner une réponse favorable. De plus, l'organisation étant surtout une fonction exécutive, l'introduction d'un nouveau Conseil d'administration et une nouvelle direction peut aussi nécessiter des changements appropriés d'organisation.

Il est aussi utile de noter que même si l'autorité officielle est bien définie dans certains domaines, les organisations non-officielles peuvent être plus importantes et avoir plus d'influence. L'influence personnelle, l'expertise, le contrôle des ressources, et des coalitions non-officielles peuvent indiquer les

vecteurs de coordination et de contrôle plus précisément. Dans un changement, il est nécessaire de reconnaître les sources non-officielles d'autorité et de pouvoir, et de les utiliser autant que possible.

Une organisation rassemble toutes les ressources disponibles pour certaines tâches et fonctions, et donc doit être arrangée pour permettre une performance efficace et efficiente. Une organisation complexe comme un hôpital peut être organisée de plusieurs façons. Deux modèles d'organisation communément employés sont décrits ci-dessous:

- Organisation fonctionnelle: Traditionnellement, les petits hôpitaux sont organisés par fonction, avec des départements spécialisés dans les domaines comme les finances, les installations et le maintien, les services professionnels, les soins infirmiers, etc. Le nombre de départements varie selon les dimensions de l'hôpital.
- Organisation par division: Les grands hôpitaux, surtout les hôpitaux d'enseignement, sont typiquement organisés par spécialité médicale, comme la médecine interne, la chirurgie, la gynécologie, la pédiatrie, etc.. Ils sont aussi organisés selon les groupes de patients, comme les femmes, les personnes âgées, les patients atteints de cancer, de tuberculose, etc.. Dans ce modèle, la prise de décisions est décentralisée au niveau des services et chaque division a sa propre structure de gestion (voir la figure 3).

Le système d'évaluation de la performance

Plusieurs problèmes dans les hôpitaux publics sont reliés à des lacunes dans l'évaluation de la performance. Un système d'évaluation de la performance examine les *objectifs*, les *critères de performance*, et les *valeurs des critères*.³

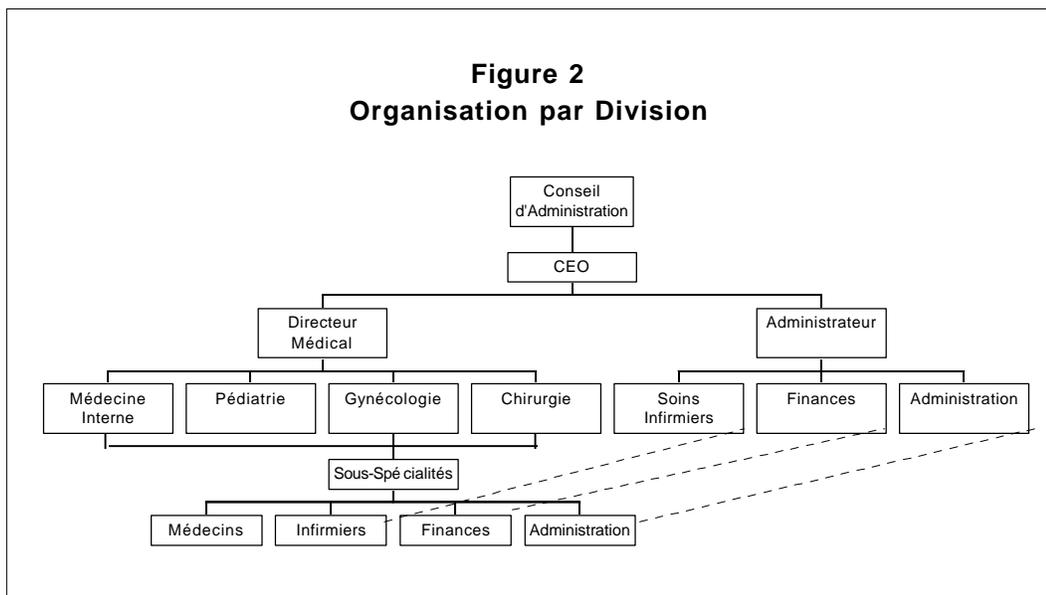
Les objectifs d'un hôpital public sont difficiles à spécifier à cause du problème d'objectifs multiples (incluant les objectifs commerciaux et non-commerciaux) et de multiples principes (différentes unités d'organisation ont des perceptions différentes de leurs objectifs). Si les objectifs ne sont pas spécifiés, il devient impossible de distinguer les gérants compétents des gérants non-compétents.

Un critère de performance est simplement une quantification des objectifs d'une entreprise. De multiples objectifs peuvent être agrégés s'ils sont quantifiables et s'il y a un consensus sur l'importance relative de chacun. Le problème existe si certains objectifs sont non-commerciaux et pas quantifiables. L'autre facteur est temporel: les indicateurs pour une période précise ne tiennent pas compte des effets futurs, ce qui représente un grand désavantage. Les indicateurs de performance doivent donc permettre des effets dynamiques.

3/ Cette section est basée sur Jones (1991) et Shirley (1991).

Étant donné le choix de n'importe quel critère de performance, il y a toujours la tâche plus difficile de sélectionner une valeur de critère de performance, i.e., une mesure de référence selon laquelle le critère de performance peut être évalué. Quelques sources d'informations sont les comparaisons avec des organisations semblables, des comparaisons avec l'organisation telle qu'elle était dans le temps, une évaluation professionnelle par un trolisième parti, une évaluation professionnelle au niveau ministériel, et une évaluation professionnelle au niveau de l'hôpital.

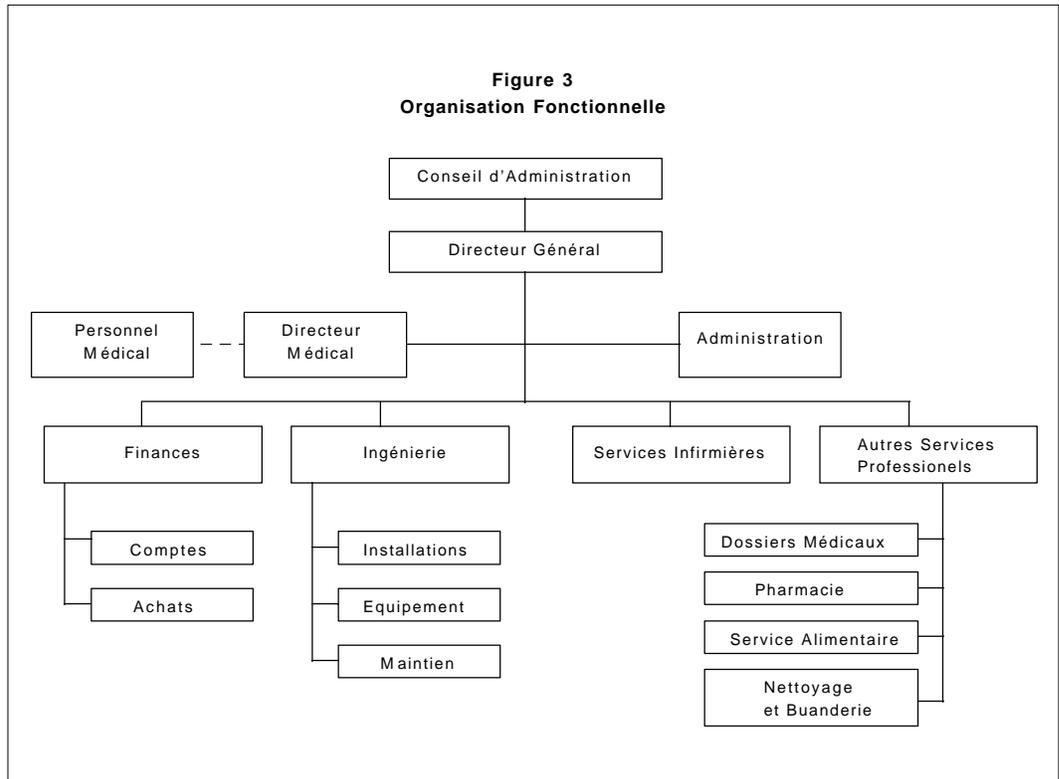
Le problème de la quantification des objectifs non-commerciaux est grave, surtout dans une organisation où les produits de sortie sont en majorité non-commerciaux. Une solution simple est d'éliminer le problème en invalidant les objectifs non-commerciaux, car il est difficile d'imposer une discipline commerciale sur une organisation qui tient les objectifs non-commerciaux



responsables d'une mauvaise performance commerciale. Ne pas tenir compte des objectifs non-commerciaux est peut-être mieux que de les reconnaître et de fournir au gérants une excuse. Une meilleure solution est de quantifier le coût des objectifs non-commerciaux et de les prendre directement en compte. Les coûts sont donc mesurés au lieu des bénéfices. Bien que cette solution ne soit pas idéale, les coûts sont plus facilement quantifiés et valorisés.

Des critères d'évaluation de performance compréhensifs comprennent donc:

- un indicateur *primaire*, relevant de l'efficacité des opérations statiques et autres objectifs non-commerciaux quantifiables;



- des indicateurs *supplémentaires*, relevant des effets dynamiques et des effets non-commerciaux pouvant être évalués, mais pas exprimables en coûts; et
- des indicateurs *diagnostics*, employés pour expliquer les mouvements dans l'indicateur primaire.

L'évaluation de la performance des hôpitaux publics ne constitue pas une affaire simple et un système utilisable ne peut être développé de manière arbitraire ou rapidement. C'est plutôt le résultat d'une évolution impliquant les gérants et les directeurs gouvernementaux. Ainsi, un système en phases est proposé. Dès qu'un système acceptable soit en place, par contre, un système de récompense peut être mis en oeuvre. Selon ce système, le bien-être des gérants et des employés serait lié au bien-être national par un système de récompenses pécuniaires ou non-pécuniaires, basé sur l'atteinte des objectifs.

L'établissement de consensus et l'atteinte d'objectifs

L'hôpital public est une organisation complexe qui fournit une grande variété de services, et fonctionne comme une institution de business, ainsi qu'un instrument de politique gouvernemental. Cette organisation "hybride" comporte

donc des partis au sein du gouvernement et de l'institution-même. Ces partis ont une interaction au niveau de la provision et le financement des services hospitaliers. Les autres partis clé sont le personnel médical, qui est traditionnellement indépendant de la gestion. Finalement, il y a les patients, qui sont les consommateurs éventuels des services hospitaliers. Chacun de ces partis joue un rôle important dans la prise de décisions et dans le fonctionnement de l'hôpital, et chacun contribue à sa manière au succès de l'initiative de réforme dans le secteur sanitaire.

À l'intérieur d'un gouvernement ou d'un hôpital, il y a plusieurs centres de pouvoir, et chacun joue un rôle dans l'évolution de l'autonomie hospitalière, et dans l'impact de cette autonomie sur l'efficacité, l'équité, la mobilisation de ressources, la responsabilité publique et la satisfaction des patients. En même temps, il y a plusieurs conflits entre le gouvernement et l'hôpital, e.g., définir la relation entre les médecins et l'administration autonome, entre les divers départements de l'hôpital autonome et les diverses branches du gouvernement, etc.

Nos recherches suggèrent qu'un point important de départ serait l'accord des divers partis sur la mission générale de l'autonomie et sur le mandat précis de l'hôpital public. Tout aussi important est la concentration sur les résultats et les produits de sortie, plutôt que sur les règlements et les procédures. Finalement, il est de grande importance d'établir un guide qui précise clairement et sans ambiguïté les rôles, responsabilités et pouvoirs de chaque parti, ainsi que les sanctions de rigueur si les tâches ne sont pas accomplies.

Liste De Contrôle

- √ Une liste finale d'hôpitaux visés, classés selon des critères bien définis
- √ Une décision préliminaire par rapport à l'autonomie
- √ Une énonciation claire des objectifs du gouvernement pour la mise en oeuvre de l'autonomie et l'effet prévu de l'autonomie sur le secteur sanitaire par rapport aux finances et à l'administration.
- √ Une compréhension de tous les moyens disponibles pour utiliser l'appui des individus et organisations favorables et pour faire face à l'opposition.
- √ Une décision par rapport à la nature et l'étendue de l'autonomie.
- √ Une décision sur le niveau de l'institution qui recevra l'autonomie, par exemple, primaire, secondaire, tertiaire.

- √ Une décision sur la création d'une organisation para-gouvernementale autonome, ou donner l'autonomie à un hôpital individuel.
- √ Les changements nécessaires à apporter à l'organisation interne de l'hôpital.
- √ L'établissement de critère d'évaluation de performance.
- √ L'orientation vers l'établissement de consensus.

7. Domaines Clé

L'autonomie peut entraîner un nombre de changements dans l'organisation interne de l'hôpital, parce qu'une organisation autonome a besoin de nouveaux ou de meilleurs systèmes, et parce que des changements étaient désirés et l'autonomie permet la mise en oeuvre de ces améliorations. Les domaines ayant probablement besoin de changement sont:

- Les autorités du gouvernement et l'administration
- Les finances
- Les ressources humaines
- L'approvisionnement
- Les systèmes d'informations

Nous discutons de chacun de ces items.

Le gouvernement et l'administration

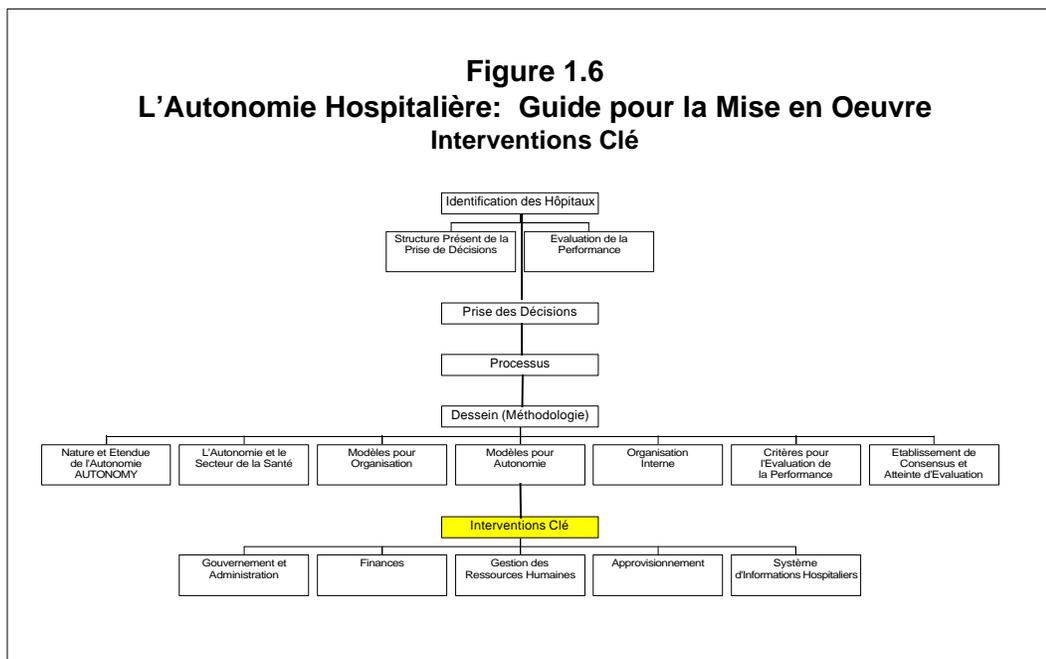
L'accord d'une plus grande autonomie affectera probablement d'abord les domaines du gouvernement et de l'administration de l'hôpital, puisqu'il est difficile de mettre en oeuvre l'autonomie sans pour autant modifier le système fondamental de prise de décisions. De tous les aspects de gouvernement et d'administration, nous examinons les questions de la mission et des structures de gouvernement en plus de détails.

Mission

La **mission** de l'hôpital, comme pour toute autre organisation, identifie et décrit le but de l'hôpital et sa relation avec la société. La mission est déterminée par les capacités de l'hôpital, son potentiel, son rôle comme défini par le gouvernement ou par lui-même dans le secteur sanitaire, et les demandes et besoins de la communauté. Schulz et Johnson (1990) suggèrent que la formulation d'une mission doit prendre en considération:

- Quels services sont offerts par l'hôpital?
- Quel est l'objectif de l'hôpital dans ce domaine d'activité?
- Quelles sont les tâches nécessaires pour combler les besoins de la communauté?

Une énonciation de la mission de l'hôpital inclut typiquement:



- Le traitement de maladies et la préservation de la vie.
- La courtoisie et le respect de la dignité du patient.
- La formation des médecins, infirmiers(ières) et autre personnel médical.
- La promotion des recherches médicales.
- La promotion de la médecine préventive.
- La promotion de la sensibilisation publique et une connaissance des questions de santé.

Le Conseil d'administration

Le **Conseil d'administration** d'un hôpital public est nommé par, et est responsable au gouvernement, et exerce son autorité afin d'assurer que l'hôpital se conforme à la mission du gouvernement. Les **fonctions** majeures du Conseil sont:

- de contrôler et maintenir l'efficacité de l'organisation;
- de s'assurer que les objectifs et politiques de l'hôpital répondent aux besoins de la communauté;
- d'établir un plan pour le long terme pour l'hôpital;
- d'approuver le budget annuel, et de garder un contrôle strict sur les recettes et les dépenses;
- de surveiller la performance selon le plan et le budget;
- de faire face aux conflits et résoudre les problèmes majeurs d'opération;
- d'assumer la responsabilité légale pour la qualité des soins.

Les **procédures** suivis par le Conseil doivent se conformer aux arrêtés and ordonnances, et devraient inclure:

- des réunions et l'établissement d'agendas
- la détermination a priori des items à discuter
- des stratégies appropriées pour prendre des décisions routines, créatives, et négociées.

Les conseils sont typiquement organisés selon les **fonctions**, mais dans

certain cas une classification par département est peut-être plus utile. Les Conseils fonctionnels, surtout dans les grands hôpitaux, délèguent certaines obligations à des comités spécifiques. Ces comités n'ont d'habitude aucune autorité exécutive, mais donnent leurs recommandations au Conseil. Il peut y avoir plusieurs comités, incluant:

- le comité exécutif, qui approuve tous les achats majeurs, nomme les comptables et le personnel médical, et s'occupe des affaires urgentes entre les réunions du Conseil.
- le comité des finances, qui révisé le budget et contrôle les dépenses.
- le comité de planification, qui révisé les plans stratégiques et de long terme.
- le comité des installations, qui surveille le maintien et la réparation des installations.
- le comité du personnel, qui s'occupe du personnel.

Les conseils organisés selon les **divisions** sont de rigueur dans des systèmes à plusieurs institutions, où chaque composant constitue une entité indépendante et distincte des autres. Un exemple typique est celui d'un holding, où plusieurs hôpitaux se trouvent sous une même organisation gouvernementale. Le modèle de division s'applique dans de tels cas, le holding ayant un Conseil administratif et chaque hospital ayant le sien.

Il n'y a pas de règle générale pour le nombre optimal de membres du Conseil. Un petit conseil avec 2-3 membres peut bien prendre des décisions rapidement, mais il y manque la diversité et les connaissances d'un plus large groupe. Par contre, un Conseil très large, avec 20 membres ou plus, peut être difficile à gérer. Une équipe de 7-15 membres semble être une bonne représentation de la communauté. Avec un Conseil de 9 ou 15 membres il y a même l'avantage de simplifier la rotation annuelle en exigeant la retraite d'un tiers des membres. Il y aura donc toujours des membres avec expérience qui siégeront au Conseil, ainsi que de nouveaux membres apportant une nouvelle perspective. Aussi, il y a un avantage net à avoir un nombre impair de membres, évitant ainsi les égalités.

Il n'y a pas de règles générales portant sur la sélection des membres, mais il convient que les **membres** aient

- des intérêts et des expériences professionnelles différents
- assez de temps pour se présenter aux réunions
- assez de temps pour siéger sur les comités
- assez de temps pour rendre visite à l'hôpital périodiquement.

Voici un exemple de la composition d'un Conseil:

- des représentants de la communauté
- un représentant du Ministère de Santé
- un représentant du Ministère des Finances
- un représentant du Ministère de Planification
- un représentant du secteur privé (e.g. le directeur général d'un hôpital privé)
- un représentant d'une organisation non-gouvernementale
- un représentant de l'école de médecine
- un expert de la gestion, la comptabilité et l'évaluation financière
- un expert en économie de santé
- un expert de médecine communautaire et de santé publique.

Le Conseil doit être **responsable** à la communauté, aux patients, aux agences de régulation, et aux bailleurs. Un système de responsabilité doit comporter

- une énonciation claire des objectifs
- une priorité des objectifs
- un système transparent d'allocation des ressources
- une évaluation périodique des coûts et bénéfices
- une évaluation périodique de la performance, selon les indicateurs convenus
- une large dissémination des résultats de ces évaluations.

Le **directeur général** (ou l'administrateur) peut être le président du Conseil, un membre votant du Conseil, ou un employé qui ne siège pas au Conseil. Bien que toutes ces options ont des mérites, le directeur général devrait probablement être au moins un membre votant du Conseil. Le directeur général doit coordonner et communiquer avec les comités du Conseil et maintenir une relation de confiance durable avec les membres. Le directeur général est à la tête des opérations, et est responsable du développement de plans stratégiques, de créer l'environnement de travail, de négocier et résoudre les conflits, de l'administration quotidienne, de communiquer avec les autorités gouvernementales et les agences fiscales, et de l'exécution de la mission de l'hôpital. Un directeur général qui est aussi membre du Conseil aura

probablement suffisamment d'accès à la prise de décisions pour effectuer toutes ces tâches.

Finances

L'autonomie apportera probablement beaucoup de changements à la **gestion financière** de l'hôpital. L'autonomie modifie l'allocation des financement par gouvernement, allant des allocations line budget aux subventions en gros. De plus, l'hôpital aura plus d'opportunités de trouver ses propres ressources, que ce soit par les paiements par les usagers, le financement institutionnel, les dons, etc. En l'occurrence, des modifications dans les processus d'approvisionnement et de personnel peut ajouter aux responsabilités des gérants financiers. Finalement, le reportage et la vérification de comptes sont aussi des tâches difficiles dans un hôpital autonome. Un ajustement de la gestion financière serait donc nécessaire à cause:

- d'un changement dans l'allocation du budget
- des sources non-gouvernementales de revenus
- des changements dans les politiques d'approvisionnement, de maintien, et d'inventaire
- des changements dans les politiques portant sur le personnel
- des changements dans les exigences de reportage et de vérification de comptes.

Les hôpitaux publics non-autonomes ont typiquement des départements de finances très restreints, parce que l'hôpital ne s'occupe pas de ses finances. L'autonomie requiert quasiment la création d'un nouveau département, ce qui peut s'avérer difficile. Les domaines ayant besoin d'une attention particulière sont la **comptabilité**, la **vérification de comptes**, le **budgeting**, la **planification financière** et le **reportage des finances**.

La gestion des ressources humaines

L'autonomie ajoutera aussi aux fonctions dans l'hôpital la **gestion des ressources humaines**, qui est une fonction de haute spécialité dans l'hôpital moderne. L'objectif principal de la gestion des ressources humaines est la création d'un environnement et de mécanismes qui permettront aux gérants de satisfaire aux besoins de l'organisation et des employés. Cela représente une fonction spécialisée dans une organisation large et complexe comme l'hôpital.

Le département de ressources humaines doit accomplir certaines tâches, dont la

plus fondamentale et importante est la **transition des employés de l'État** en employés de l'organisation autonome. Il peut être nécessaire de transférer les **dossiers du personnel** des bureaux gouvernementaux à l'hôpital. En plus de l'espace requis, l'hôpital doit embaucher un personnel qualifié pour gérer ces dossiers. L'hôpital peut aussi avoir le pouvoir de **fixer la compensation** des employés.

Le recrutement de nouveaux employés est une autre nouvelle activité. La responsabilité des gérants de ressources humaines peut varier entre la préparation et **l'évaluation des descriptions de positions** et **l'embauchement** d'employés. Le département des ressources humaines doit aussi être capable de développer des informations sur le marché du travail, de développer et valider les instruments de sélection, d'entreprendre l'évaluation initiale des candidats, et d'embaucher le nombre approprié d'employés.

Le département de ressources humaines doit aussi introduire des procédures pour **évaluer la performance des employés**, ce qui implique la préparation d'instruments d'évaluation, l'introduction d'un système de reconnaissance et de récompenses, des transferts, des hausses de salaires, des renvois et des renoncations.

La **formation et le développement** est une activité importante coordonnée par le département des ressources humaines. Une interaction est nécessaire avec les chefs de département afin de déterminer leurs exigences et leurs besoins futurs en ce qui concerne les habiletés des employés.

Les hôpitaux publics sont souvent syndicalisés, et la transition à l'autonomie peut provoquer des membres du personnel mécontents à prendre des actions nuisibles pour l'hôpital. Il est donc très important d'avoir des habiletés en **négociation et en relations publiques**.

L'approvisionnement

Une autre activité transférée à l'hôpital serait l'approvisionnement en stock médical et non-médical, incluant les médicaments. Les hôpitaux publics non-autonomes achètent rarement leurs propre stock, donc n'entretiennent pas un département ou des procédures d'approvisionnement. L'hôpital autonome pourrait donc être appelé à créer un tel département pour acheter ou acquérir l'équipement et les matériaux en quantité et qualité conformes aux exigences des département et nécessaire pour bien soigner les patients. L'achat centralisé dans l'hôpital présente l'avantage de commander en gros, de la standardization des produits, de procédures de comptabilité et d'inventaire controllables, des procédures de comptabilité et de vérification controllables, et une bonne supervision. L'achat décentralisé dans les départements présente l'avantage de pouvoir accomoder les besoins particuliers des départements spécialisés.

Les systèmes d'informations hospitaliers

L'expression souvent utilisée pour décrire la collecte et l'analyse des données dans une organisation est système de gestion d'informations. Gillette et al (1970) suggèrent qu'une organisation aussi complexe qu'un hôpital est composé d'au moins huit sous-systèmes (figure 4):

- Le système diagnostic et de traitement, incluant l'information obtenue des divers départements tels la pathologie, la radiologie diagnostique, la pharmacie, la réhabilitation, etc..
- Le système des dossiers des patients, incluant les dossiers médicaux, les admissions, les renvois (guérisons), les détails de l'assurance, etc..
- La patient scheduling and order system, incluant les soins et les services de soutien, comme la nourriture, le nettoyage, etc..
- Le système de comptabilité pour les affaires liées aux patients, au crédit et à la collection, aux subventions, etc..
- Le système de dépenses et de comptabilité générale, incluant le budget, les salaires, les matériaux, les systèmes dans l'installation, etc..
- Le système du personnel, incluant les informations sur tous les employés et les positions.
- Le système de services de soutien, incluant les informations pour l'organisation, la dynamique entre les divers groupes, les contrôles internes, la communication, etc..

Il est attendu que les systèmes d'informations hospitaliers remplissent certaines fonctions:

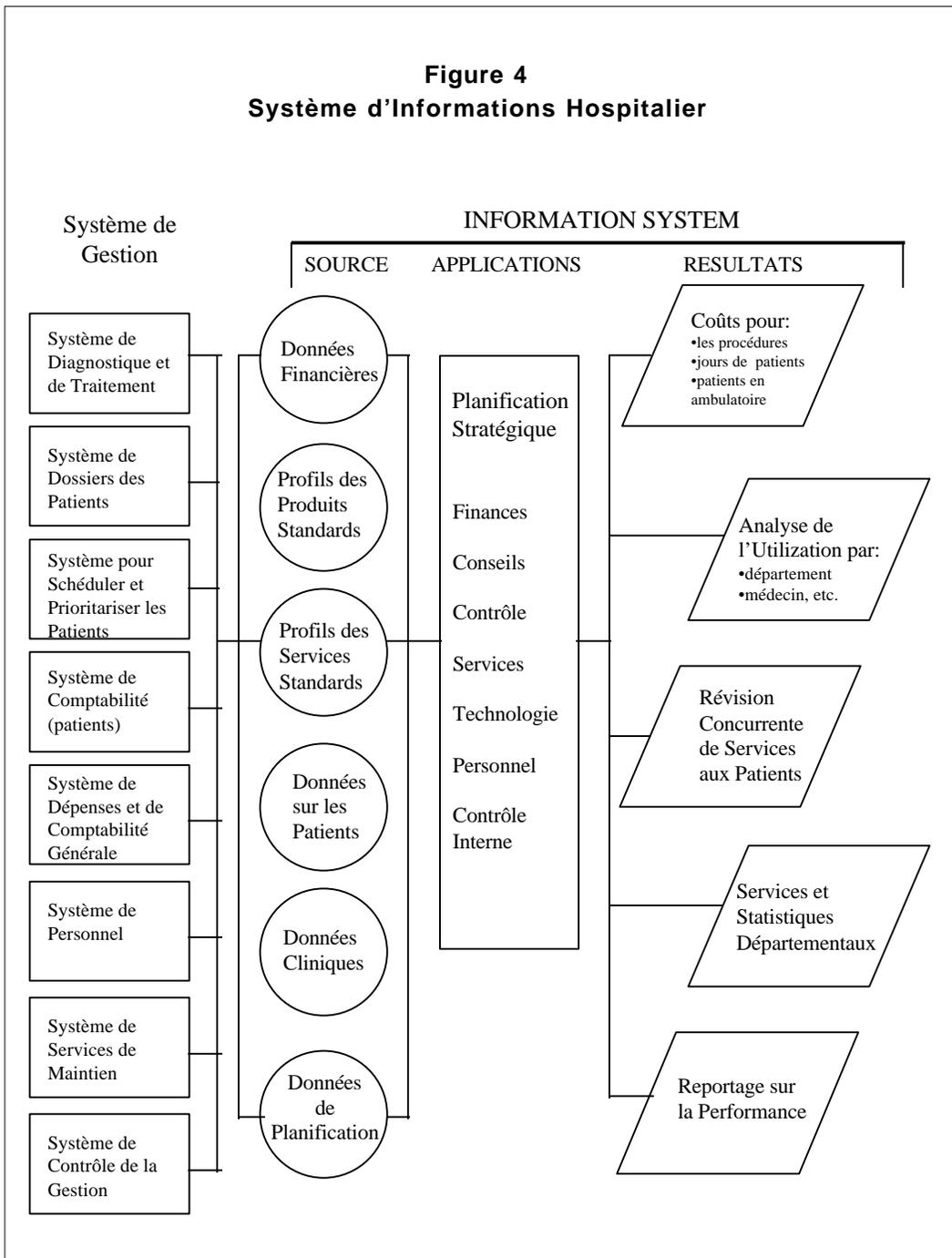
- Fournir des informations pertinentes et compréhensives sur la provision des soins, des coûts et la performance;
- Fournir des informations nécessaires à la planification stratégique;
- Fournir les informations nécessaires pour faciliter la surveillance et le reportage;
- Fournir des indicateurs d'occupation, de durée de séjour, de réparations, et maintien, etc..

Le succès des systèmes d'informations dépend d'une variété de facteurs, dont la facilité avec laquelle on peut les utiliser. Ces systèmes évoluent constamment, et les usagers intéressés sont encouragés de chercher les développements les plus récents.

Liste De Contrôle

- √ Une liste finale d'hôpitaux visés, classés selon des critères bien définis
- √ Une décision préliminaire par rapport à l'autonomie
- √ Une énonciation claire des objectifs du gouvernement pour la mise en oeuvre de l'autonomie et l'effet prévu de l'autonomie sur le secteur sanitaire par rapport aux finances et à l'administration.
- √ Une compréhension de tous les moyens disponibles pour utiliser l'appui des individus et organisations favorables et pour faire face à l'opposition.
- √ Une décision par rapport à la nature et l'étendue de l'autonomie, le niveau de l'hôpital, le modèle d'organisation et les critères d'évaluation de la performance.
- √ Une préparation de l'énonciation de la mission.
- √ Le Conseil d'administration est nommé, et ses obligations et responsabilités bien définies.
- √ L'établissement d'un nouveau département de finances, ou bien le renforcement de celui qui existe déjà, pour effectuer les fonctions de comptabilité, de vérification, de budgeting, de gestion financière, etc..
- √ L'établissement d'un nouveau département de ressources humaines, ou bien le renforcement de celui qui existe déjà, pour effectuer les fonctions d'embauchement, d'évaluation, des dossiers du personnel, etc..
- √ L'établissement d'un nouveau département d'approvisionnement, ou bien le renforcement de celui qui existe déjà, pour effectuer l'approvisionnement du stock médical et non-médical.
- √ L'établissement d'un nouveau système d'informations, ou bien le renforcement de celui qui existe déjà, pour effectuer les fonctions de planification stratégique, de surveillance et de reportage.

Figure 4
Système d'Informations Hospitalier



8. Mot Final

Ce guide traite de quelques questions générales ayant rapport à la mise en oeuvre de l'autonomie hospitalière. Il va de soi qu'il y aura des différences entre les situations de chaque pays, de chaque région et de chaque hôpital. Un guide comme celui-ci ne peut identifier d'avance toutes les questions. De toute manière, cela ne représente pas la raison d'être d'un tel guide. L'objectif est de fournir une structure pertinente auquel on peut facilement apporter des modifications et qui est prise en compte les situations particulières à chaque pays et à chaque installation. Cela dit, nous espérons que les décideurs et les administrateurs hospitaliers trouveront utile ce guide en considérant l'autonomie comme moyen d'améliorer la performance des hôpitaux.

Références

- Alexander, Jeffrey and Bonnie L. Lewis. (1984): *"The Financial Characteristics of Hospitals Under for Profit and Nonprofit Contract Management,"* Inquiry, Vol. 2, pp. 230-242.
- Austin J.E. (1984): *"Autonomy Revisited"*, Public Enterprise, Vol. 5, No. 3, pp. 247-53.
- Barnum H. and J. Kutzin (1992): *"Public Hospitals in Developing Countries: Resource Use, Cost, and Financing"*, Population and Human Resources Division, The World Bank.
- Bowen H.R. (1973): *"Holding Colleges Accountable"*, Chronicle Higher Education, March 12, 1973.
- Chawla M. and P. Berman (1995): *"Improving Hospital Performance Through Policies to Increase Hospital Autonomy,"* Data for Decision Making Project, Harvard University, Boston, MA.
- Chawla, M. and A. George (1996): *"Hospital Autonomy in India: The Case of APVVP"*. Data for Decision Making Project, Harvard University, Boston, MA.
- Chawla M., R. Govindaraj, J. Needleman, and P. Berman (1996): *"Evaluating Hospital Autonomy: Methodological Guidelines"*, Data for Decision Making Project, Harvard University, Boston, MA.
- Collins, D., G. Njeru and J. Meme (1996): *"Hospital Autonomy in Kenya: The Case of Kenyatta National Hospital"*. Data for Decision Making Project, Harvard University, Boston, MA.
- Culyer, A.J. and Andrew Meads (1992): *"The United Kingdom: Effective, Efficient, Equitable?"*, Journal of Health Politics, Policy and Law, Vol. 17, No. 4, pp. 667-687.
- Gillette P.J., Rathbun P.W., and H.B. Wolfe (1970): *"Hospital Information Systems"*, Hospitals 44:45.
- Govindaraj, R., A.A.D. Obuobi, N.K.A. Enyimayew, P. Antwi, and S.Ofosu-Amaah (1996): *"Hospital Autonomy in Ghana: The Case of Two Teaching Hospitals"*. Data for Decision Making Project, Harvard University, Boston, MA.

- Hildebrand, Stan and William Newbrander (1993): *"Policy Options for Financing Health Services in Pakistan vol. III: Hospital Autonomy"*, Health Financing and Sustainability Project, Abt Associates/Management Sciences for Health/USAID.
- Jones, Leroy P. (1991): *"Performance Evaluation of State Owned Enterprises"* in Ramamurti and Vernon (ed): *"Privatization and Control of State Owned Enterprises"*, EDI Development Studies, The World Bank, 1991.
- McPake (1996): *"Public Autonomous Hospitals in Sub-Saharan Africa: Trends and Issues"*, Health Policy: 35(2), pp. 155-177.
- Mills, Anne, J. Patrick Vaughan and Duane Smith and Iraj Tabibzadeh (1990): *"Health System Decentralization"*, World Health Organization, Geneva.
- Needleman, J. and M. Chawla (1996): *"Hospital Autonomy in Zimbabwe"*, Data for Decision Making Project, Harvard University, Boston, MA.
- Newbrander, W., H. Bernum, and J. Kutzin (1992): *"Hospital Economics and Financing in Developing Countries"*, World Health Organization, Geneva.
- Ramamurti, Ravi (1991): *"Controlling State-Owned Enterprises"* in Ramamurti and Vernon (ed): *"Privatization and Control of State-Owned Enterprises"*, EDI Development Studies, The World Bank, 1991.
- Reich, Michael R. (1994): *"Political Mapping of Health Policy"*, Data for Decision Making Project, Harvard University, Boston, MA.
- Rondinelli, D.A., John Nellis and G.S. Cheema (1984): *"Decentralization in Developing Countries"*, The World Bank, Washington, D.C.
- Ross, Randy L. (1988): *"Government and the Private Sector"*, Crane Russak and Company, N.Y.
- Schulz R. and A.C. Johnson (1990): *"Management of Hospitals and Health Services"*, The C.V. Mosby Company, St. Louis.
- Shirley, Mary (1991): *"Evaluating Performance of State Owned Enterprises in Pakistan"* in Ramamurti and Vernon (ed): *"Privatization and Control of State Owned Enterprises"*, EDI Development Studies, The World Bank, 1991.
- Wheeler, J.R.C. and H.S. Zuckerman and J. Aderholt (1982): *"How Management Contracts Can Affect Hospital Finances"*, Inquiry, Vol. 19, pp. 160-166.
- Willan, James A. (1990): *"Hospital Management"*, Macmillan, New York.
- World Bank (1993): *"World Development Review: Investing in Health"*, Washington, D.C. Oxford University Press.