

L'autonomie de gestion des Établissements Publics Hospitaliers du Mali : Cas du CHU de Point G

COULIBALY Issa

Département d'Enseignement et de Recherche en Sciences Pharmaceutiques
Faculté de Pharmacie de Bamako, Université des Sciences, Techniques, Technologies
Université de Bamako – Bamako - Mali

KAKA Zakaria Yaou

Centre Universitaire en Recherche Economique et Sociale (CURES, Mali)
Faculté des Sciences Économiques et de Gestion, Université des Sciences
Université de Bamako – Bamako – Mali

DIAKITE Oumar

Institut de Pédagogie Universitaire de Bamako, Mali
Université de Bamako – Bamako – Mali

TIDJANI Bassirou

École Doctorale des Sciences Juridiques, Politiques, Économiques et Gestion,
Université Cheick Anta Diop – Dakar – Sénégal

Résumé : Ce travail porte sur un état des lieux de l'autonomie de gestion des hôpitaux publics du Mali suite à la réforme hospitalière de 2002. La réforme a été accompagnée d'une refonte de l'organisation de l'hôpital. Ainsi, plusieurs prérogatives ont été dévolues par les lois et les décrets. Cependant, il semble que l'hôpital du Point G matérialise de nombreuses problématiques dans sa gestion.

Concernant la collecte des données, nous avons réalisé des entretiens semi-directifs avec les chefs de service médico-cliniques et administratifs. L'analyse de contenu thématique a été utilisée pour le traitement des entretiens. Les résultats ont montré un succès limité de l'autonomie. Cependant, l'État garde une emprise sur la gestion financière et celle du personnel médical. Il définit les orientations et les objectifs à atteindre. Par-ailleurs, le concept de l'autonomie a été instaurée dans un vaste mouvement de création des Établissements Publics Hospitaliers. La spécificité des procédures et de l'activité médicale n'a pas été prise en compte dans la formulation des règles administratives, financières et techniques. Il faudrait donc définir un cadre propre aux hôpitaux devenus autonomes.

Mots-clés : Autonomie hospitalière ; Réforme hospitalière ; Indicateurs de soins ; Indicateurs financiers.

Digital Object Identifier (DOI): <https://doi.org/10.5281/zenodo.6828825>



1. Introduction

Depuis un certain temps, la plupart des pays d'Afrique sont confrontés à des difficultés importantes, dans le financement de leur dispositif de soins dans leur service hospitalier public : faiblesse et incertitude des dotations budgétaires d'État, faible solvabilité des usagers, insuffisance des systèmes collectifs de financement, coût du progrès technique, coûts induits de fonctionnement pour les investissements, faiblesse des ressources humaines et des capacités d'organisation (Bah et al., 2004). Dans ces pays, les hôpitaux ont fonctionné sur la base d'un système qui trouve ses limites dans le contrôle technique et financier exercé par l'État.

Pour faire face à ces problèmes énumérés ci-dessus, plusieurs pays ont décidé de réformer leurs hôpitaux publics. Beaucoup ont alors fait le choix de l'octroi d'une autonomie de gestion (Chawla et al., 1996 ; Needleman et al., 1996 ; Bossert et al., 1997 ; Collins, 1999 ; Sharma et Hotchkiss, 2001 ; Mepake et al., 2003 ; Tao et al., 2010 ; London, 2013 ; Maharani et Tampubolon, 2017).

Au Mali une réforme a été introduite en 2002 pour améliorer la performance des hôpitaux. Cette réforme octroie aux hôpitaux une autonomie de gestion administrative et financière. Désormais les prestations hospitalières sont considérées comme des services en termes économiques et peuvent générer des ressources. Le concept de performance remplace ainsi la logique administrative. Et dans le respect du service public hospitalier, le nouvel hôpital, érigé en Établissement Public Hospitalier, doit assurer l'équilibre financier de ses comptes et la qualité des soins (Balique, 1999). En clair, le but recherché par cette réforme était de faire passer l'hôpital public malien d'une administration publique à un établissement avec une culture de gestion, en d'autres termes, il s'agissait de passer d'une « culture de moyens à une culture d'objectifs et de résultats » qui implique l'efficacité et l'efficience (ANEH, 2015/b).

Plus d'une décennie après cette réforme, les hôpitaux publics maliens continuent à être gérés comme de simples services administratifs du ministère de la Santé, sans aucune référence à la notion de performance. Ce contexte de bureaucratie a favorisé les gaspillages, les ruptures de médicaments, de dispositifs médicaux, de même que l'émergence de certaines pratiques illicites des responsables hospitaliers.

L'hôpital du Point-G a été créé de 1906 à 1913 dans le cadre du transfert de la capitale de la colonie du Haut-Sénégal-Niger de Kayes à Bamako sur le Niger. Après avoir expérimenté l'autonomie de gestion, l'hôpital a été érigé en 2002 en Établissement Public Hospitalier (EPH) doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Malgré ce nouveau statut, le CHU du Point G continue de dispenser des soins en dehors de toute préoccupation managériale. Il ne parvient pas à assurer, ni la motivation de son personnel soignant, ni l'équilibre de ses comptes, et n'est pas en mesure d'offrir les services attendus. Le CHU du Point G continue de fonctionner toujours selon les principes fondamentaux d'une administration, « *l'hôpital fait ce qu'il peut avec ce qu'il a* » ; « *le malade doit se contenter de ce qu'on lui donne* » (Balique, 1999, p.3).

A travers cette étude, nous voulons comprendre les mécanismes par lesquels le CHU du Point G a acquis l'autonomie et les pouvoirs de prendre certaines décisions, identifier les domaines concernés par ces décisions, et tenter d'expliquer pourquoi elles n'ont pas conduit à l'autonomie attendue de l'hôpital. Cela nous pousse à poser la question suivante : Quelle est la nature et l'étendue de l'autonomie de l'hôpital du Point au Mali ? L'objectif principal de ce travail est de comprendre et d'expliquer l'autonomie du CHU du Point G. Vue la faiblesse des travaux de recherche en gestion dans le domaine des hôpitaux au Mali, ce travail devrait permettre de faire le bilan de l'autonomie accordée au CHU,

d'identifier les avantages et les inconvénients de l'autonomie et fournir un cas d'étude à insérer dans leur revue de littérature.

Nous exposerons dans un premier temps, la revue de littérature (2). Ensuite, nous présenterons la méthodologie adoptée pour cette recherche (3). Les résultats seront enfin présentés (4) et discutés (5).

2. Revue de littérature sur l'autonomie hospitalière

Dans cette sous-section nous parlerons successivement, du concept d'autonomie (2.1), des dimensions de l'autonomie (2.2), et des résultats des travaux réalisés sur l'autonomie hospitalière (2.3).

2.1. Concept Autonomie

Pour le Larousse français, l'autonomie est la « [...] possibilité de décider, pour un organisme, un individu, sans en référer à un pouvoir central, à une hiérarchie, une autorité p.103 ». En économie, l'autonomie est qualifiée par la liberté d'action des structures publiques qui est conditionnée à l'obtention et à la reconnaissance d'un statut juridique particulier qui est la personnalité morale. En effet, l'autonomie y est définie comme « Une facilité pour un service public d'administrer directement son budget si elle possède la personnalité morale » (Barry, 2002, p.8) . L'ensemble de ces définitions ont l'avantage de saisir globalement le concept d'autonomie. Mais elles paraissent trop imprécises quand il s'agit de définir l'autonomie des hôpitaux publics, puisqu'il n'existe aucun hôpital dans aucun pays qui soit assujéti à ses propres lois (Bance, 2010). Même dans les structures hospitalières privées, la gestion ne se fait pas indépendamment du contrôle de l'État, car au préalable il faut l'acquisition d'une autorisation délivrée par le ministère de la santé. L'État, en tant que garant du bien-être social des populations, garde des prérogatives importantes en matière de règles d'établissement de l'ensemble des hôpitaux et peut agir sur eux pour une meilleure régulation du système de soins.

De l'avis de Pearson (2000), l'autonomie peut être considérée comme un continuum, qui implique des degrés divers de délégation de responsabilité pour la gestion opérationnelle des services hospitaliers (et parfois aussi la gestion stratégique) des ministères centraux de la Santé aux hôpitaux. L'autonomie limitée est celle où les gestionnaires de l'hôpital pour prendre certaines décisions doivent faire recours à la tutelle. Elle est différente d'une autonomie absolue où les décisions sont prises par les gestionnaires en dehors du ministère de la santé (Evelyn 2004). Le degré le plus élevé de l'autonomie est qualifié de corporisation (Claveranne et al., 2009). Preker (2003) définit une entité corporisée comme « Une société privée qui travaille sous une contrainte budgétaire et une responsabilité financière complète, mais qui garde la propriété publique et remplit les obligations sociales et publiques » (p.23).

Dans le présent travail, l'hôpital autonome peut donc être appréhendé comme la structure qui dispose dans ses prises de décisions, de prérogatives propres préalablement définies en matière administrative, opérationnelle et financière. L'hôpital devenu autonome possède une personnalité morale, il doit également rendre des comptes aux représentants des pouvoirs publics qui veillent à ce qu'il assure bien sa mission de service public (Perrot, 2004). Ainsi, l'autonomie conférée à un hôpital public ne l'exonère pas de la tutelle des pouvoirs publics qui contrôlent les aspects essentiels de son fonctionnement. La nouvelle relation établie entre l'État et les hôpitaux devenus autonomes se fait dans le cadre d'un accord ou un contrat (Balique, 2002).

2.2. Dimensions de l'autonomie des hôpitaux publics

Selon le rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé, sur la santé parue en 2000, l'autonomie représente l'un des mécanismes organisationnels et institutionnels qui donnent aux prestataires de services de santé la souplesse suffisante dont ils ont besoin pour réagir aux incitations. Ainsi, le pouvoir de décision qui découle de l'autonomie s'apprécie à travers les limites des activités, la gestion financière, l'administration hospitalière et non hospitalière, la gestion stratégique (Barry, 2002). Au vu

du rapport de l'OMS sur l'autonomie, le pouvoir de prise de décision a été identifié comme la dimension la plus importante, mais il ne définit pas de système d'opérationnalisation de celle-ci. L'autonomie est considérée comme une réforme institutionnelle.

Selon Collins et *al.*, (1999), contrairement au rapport de l'OMS de 2000 sur la santé, l'évolution du degré d'autonomie et les organes responsables de la prise de décision sont les dimensions appropriées pour analyser l'autonomie qu'un hôpital public possède. Ils retiennent comme fonctions de gestion de l'hôpital : l'administration, l'opération, la direction et le financement sur lesquels l'autonomie pourra s'exercer. La structure proposée prend en compte l'ensemble des fonctions de gestion de l'hôpital, mais pose comme problème son opérationnalisation (Collins et *al.*, 1999).

C'est avec Chawla et *al.* (1996) que nous avons un cadre conceptuel assez exhaustif et explicite de l'autonomie. Pour ces auteurs, la distribution et l'évolution des responsabilités retenues par Collins et *al.* (1999) ne sont pas suffisantes pour apprécier le niveau d'autonomie ; les seuls éléments permettant de discuter les dimensions de l'autonomie de l'hôpital sont : la nature et le degré d'autonomie et le processus par lequel cette dernière est accordée à l'hôpital. Ces dimensions permettent d'identifier l'évolution, la distribution et les organes responsables de la prise de décision qui a lieu dans un hôpital et surtout la faisabilité d'une telle prise de décision pour chacune des fonctions de l'hôpital (Stratégie, finance, ressources humaines, approvisionnement et administration).

2.3. Quelques résultats empiriques des travaux réalisés sur l'autonomie hospitalière

Il existe plusieurs publications sur les avantages et désavantages potentiels d'accorder une plus grande autonomie aux hôpitaux, mais le consensus semble dire qu'une plus grande autonomie peut conduire à des gains importants au niveau de leur performance.

En Europe, les travaux réalisés sur l'autonomie ont montré qu'ils existent peu de preuves quant à savoir si l'augmentation de l'autonomie des hôpitaux publics a réellement conduit à des améliorations au niveau de l'efficacité, la réactivité ou l'augmentation de la satisfaction des patients ; ou l'amélioration dans la responsabilisation (Saltman et *al.*, 2011). Cela s'explique notamment par le fait que les modèles d'autonomie varient et, ce qui est tout aussi important, que le contexte institutionnel et les changements apportés à ce contexte varient également, de sorte qu'il est difficile d'identifier les effets de l'autonomie en soi.

En ce qui concerne les pays en voie de développement, l'autonomie hospitalière a permis la création des conseils d'administration. La tâche de ces conseils était de se concentrer sur la gestion interne de l'hôpital, plutôt que d'avoir un seul directeur d'hôpital qui se contente de suivre les règles, les procédures et les allocations budgétaires établies par le ministère de tutelle (Pearson, 2000). Dans ces pays, il a été également constaté que l'autonomie a permis de mettre en place une équipe de gestionnaire avec comme rôle améliorer la gestion financière et la gestion du personnel. C'est ainsi que la prise de décisions sur les ressources financières a été accrue par l'octroi de subventions globales aux hôpitaux, au lieu d'un financement par postes (Pearson, 2000). Très peu de changements ont été observés en ce qui concerne la gestion du personnel. En général, sa gestion est restée régie par les dispositions du statut de la fonction publique (Abdullah et Shaw, 2007).

Pearson (2000) rapporte qu'il est difficile d'évaluer les effets de l'autonomie hospitalière dans les pays en voie de développement. Il note en certains endroits des améliorations des performances. L'exemple de l'Andhra Pradesh en Inde est donné comme un endroit où le temps d'arrêt des appareils d'exploration est passé de 6 mois à 2 semaines. Ssenooba et *al.* (2002) font état de changements positifs en Ouganda

en ce qui concerne la gestion de l'approvisionnement en médicaments, l'amélioration de la gestion des ressources humaines et un meilleur recouvrement des coûts. Mais McPake (2003) n'a trouvé aucune preuve d'une augmentation de la productivité ou d'une amélioration de la qualité en Colombie. Au Ghana, Kenya, Zimbabwe et en Inde, les résultats de l'évaluation de l'autonomie ont montré qu'il est difficile de séparer la mauvaise conception de l'autonomie de la qualité des résultats obtenus. Cela pourrait s'expliquer par la relative période courte de son introduction (Chawla et al., 1996). Des améliorations de performance ont été constatées en Zambie (Kamwanga et al., 2003).

Au regard de ce qui précède, nous constatons que certains hôpitaux publics s'affranchissent progressivement du contrôle hiérarchique. Les hôpitaux pilotes n'ont pas de véritable liberté de gestion de leur personnel ; leurs revenus n'ont pas réellement augmenté. Nous notons quelques améliorations dans la qualité des soins. Dans les sections suivantes, nous allons nous appuyer sur l'expérience du Mali notamment celui du CHU du Point G en matière d'autonomie.

3. Méthodologie

L'objectif principal de cette recherche, rappelons-le est de : comprendre et d'expliquer la nature et le degré de l'autonomie du CHU du Point G octroyée dans le cadre de la réforme hospitalière de 2002. Cette réforme peut être assimilée à une exigence de modernisation de l'hôpital public, dans le but d'arriver à une autonomie financière, à l'amélioration de la gestion administrative (orientation plus managériale) et à une meilleure qualité des soins. Le choix porté sur le CHU du Point G comme terrain de recherche a été motivé par sa nature, les pratiques de gestion portées par cette réforme amenant une transversalité et une pluridisciplinarité, auxquelles les Établissements Publics Hospitaliers étaient peu habitués. De plus, c'est un hôpital qui vit depuis quelques années de profondes mutations tant au niveau de sa gouvernance que de sa stratégie.

Pour cette recherche, nous avons adopté la posture interprétativiste. Ce paradigme convient à notre objectif de recherche. Les interprétations rapportées par les acteurs seront importantes pour notre compréhension de la nature de l'autonomie de gestion de l'hôpital Point G.

Notre travail s'inscrit dans une logique qualitative, inductive et basée sur l'étude de cas :

- Qualitative, car notre propos n'est pas de procéder à des analyses statistiques mais de faire émerger des caractéristiques à partir des récits et histoires des interviewés. Ces interviews s'intéressent particulièrement à leurs expériences et à leurs vécus quotidiens en tant qu'acteurs actifs de ce secteur. Selon Strauss et Corbin (1990), la recherche qualitative est toute démarche qui permet d'obtenir des résultats sans passer par des procédures d'analyses statistiques. Elle peut faire référence à la vie des individus, à leur histoire, à leurs comportements. Mais aussi elle peut concerner le fonctionnement organisationnel, les mouvements sociaux ou les interactions ;
- Inductive, car nous ne partons d'aucunes hypothèses de travail. Cela est justifié d'une part, par le fait qu'il est un cas original et peu étudié. D'autre part, il présente des spécificités intéressantes à mettre en évidence, ce qui implique la nécessité de se rendre sur le terrain, de prendre contact avec les acteurs, discuter avec eux de notre question centrale afin de parvenir à une meilleure compréhension du phénomène
- Le choix de l'étude de cas comme stratégie de collecte des données se justifie par le caractère exploratoire de notre recherche qui vise à étudier un phénomène contemporain dans le contexte de la vie réelle (Yin, 1994). Par ailleurs cette recherche ne s'inscrit pas dans une logique de généralisation statistique car notre objectif est de comprendre et d'expliquer la nature et l'étendue de l'autonomie du CHU du Point G. Il y'a plusieurs définitions de l'étude de cas, mais la plus fréquemment citée est celle de Yin (1994, p.3) selon qui « Une étude de

cas est une recherche empirique qui examine un phénomène contemporain au sein de son contexte réel lorsque les frontières entre phénomène et contexte ne sont pas évidentes et pour laquelle de multiples sources de données sont utilisées ».

3.1. Recueil des données

Pour recueillir des données, nous avons procédé à des entretiens semi-directifs au moyen d'un guide d'entretien. Pour une meilleure compréhension des propos prononcés par l'interviewé, la conduite de ce type d'entretien s'appuie sur la méthode consistant pour le chercheur à reformuler systématiquement les réponses annoncées par l'interviewé (Kaufmann, 2004). Ceci permet de s'assurer de la compréhension des éléments obtenus et de lever le doute sur certains éléments qui pourraient paraître flous pour le chercheur.

Nos entretiens ont tous eu lieu au CHU du Point G à l'exception de celui du responsable de la pharmacie qui nous a reçu en ville pour des difficultés d'agencement d'horaire. Ils ont été réalisés en langue française enregistrés à l'aide d'un dictaphone, et retranscrits. La longueur des interviews n'a pas été fixée a priori. Les aléas des interviews font que cette durée était susceptible de variations en raison des circonstances liées à la longueur du guide d'entretien, et à la disponibilité de l'interviewé par rapport à son travail. Chaque interview a été chronométrée (Tableau 1).

Les grands thèmes abordés ont été ceux de :

- L'administration de l'hôpital ;
- L'autonomie de gestion ;
- Et des ressources financières.

Tableau 1 : Profil des acteurs interrogés par entretien semi-directif

Numéro (Entretien)	Profil	Durée de l'entretien
1	Directeur Général	1h 10 minutes 05 secondes
2	Directeur Général Adjoint	1heure 40 minutes 49 secondes
3	Chef personnel	55 minutes 10 secondes
4	Agent Comptable Principal	54 minutes 27 secondes
5	Chef du service financier	32 minutes 44 secondes
6	Chef du Système d'Information Hospitalière	31 minutes 53 secondes
7	Surveillant général /président du Comité des Soins Infirmiers et Obstétricaux	1 heure 29 minutes 12 secondes
8	Président du Comité Médical d'Établissement/chef de service d'urologie	1h46 minutes 20 secondes
9	Chef de service médecine interne	01heure 41 minute 13 secondes
10	Chef de service Anatomie-pathologie	30 minutes 55 secondes
11	Chef de service Néphrologie	1 heure 40 minutes 19 secondes
12	Chef de service ajointe du laboratoire biomédical	32 minutes 29 secondes

13	Chef de service la pharmacie hospitalière	1heure 18 secondes
14	Chef de service Neurologie	30 minutes 15 secondes
15	Chef de service de l'infectiologie	32 minutes 58 secondes
16	Chef de service de la maintenance	47 minutes 55 secondes
17	Contrôleur délégué du budget	22 Minutes 58 secondes
18	Chef de service de la Chirurgie A	59 minutes
19	Chef de service de la Cardiologie	34 minutes
20	Chef de service de la Psychiatrie	58 minutes

Source : Notre recherche

3.2. Analyse des données

La démarche inductive de notre recherche nous a amenés à choisir l'analyse de contenu. Nous avons procédé à une opération de catégorisation. Elle consiste en l'élaboration d'une grille de catégories, c'est-à-dire des rubriques rassemblant des éléments ayant des caractéristiques communes (Bardin, 1977). A cet effet, tous les entretiens et documents ont été analysés. Après la retranscription des entretiens, plusieurs lectures ont été effectuées afin d'identifier les dimensions de l'autonomie d'un hôpital. Ainsi, les catégories suivantes ont été retenues : autonomie de gestion, autonomie administrative, autonomie financière. Ces dimensions ont été regroupées dans une grille de codage, dans un tableau Excel, avec les mots ou groupe de mots qui s'y rapportent.

4. Présentation des résultats

Au regard de cette démarche nous avons retenu les sous-catégories et catégories suivantes :

❖ Autonomie de gestion du CHU du Point G

L'autonomie de gestion du CHU du Point G est composée de cinq (05) sous-catégories comme le démontre le tableau ci-après.

Tableau 2 : Identification de la catégorie « Autonomie de gestion »

Dictionnaires	Sous-catégorie	Fréquence	Catégorie
N°1	Rapport avec la tutelle	19	Autonomie de gestion
	Changement organisationnel	22	
	Mode de recrutement et de sanction	31	
	Gestion des carrières	28	
	Rémunération	53	

Source : Notre recherche

Les différents éléments évoqués par les acteurs interrogés pour apprécier l'autonomie de gestion sont le rapport de l'hôpital avec la tutelle, le changement organisationnel, et les pratiques de gestion des

ressources humaines, à savoir le recrutement et la sanction, la gestion des carrières, et enfin la rémunération).

Selon ces acteurs, si l'autonomie a permis de doter le CHU du Point G d'un conseil d'Administration et d'un Comité de Direction qui, selon les textes, ont en charge l'établissement du projet d'établissement et les modifications dans la programmation des activités, les missions et objectifs de l'hôpital sont toujours définis par le ministère de la santé. La planification des activités s'effectue par rapport au cadre général déterminé par le ministère de la santé publique. En plus de l'établissement des objectifs de l'hôpital par le ministère de la santé, les travaux d'extension ou de création de nouveaux services doivent être soumis à son approbation. Cette disposition constitue un élargissement de la confiance que le ministère de la santé accorde à l'hôpital pour l'identification et la mise en œuvre d'activités utiles pour le bon fonctionnement de la structure.

L'examen des procédures de sélection et de nomination des membres du conseil d'administration est une mesure révélatrice du faible degré d'autonomie accordé à l'hôpital. Au CHU du Point G, le ministre de la santé procède à la nomination des membres du conseil d'administration. La composition de l'organe de délibération constitue une limite à l'autonomie du CHU du Point G.

Le directeur est nommé par le ministre de la santé sur proposition du conseil d'administration. Ce qui fait du directeur un poste politique, en témoigne le nombre de directeurs qui se sont succédé à la tête de l'hôpital du point G. Ce lien entre le ministère de la santé et le directeur ne laisse donc pas à ce dernier l'autonomie et la sécurité de poste nécessaire à la gestion d'un établissement orienté vers la recherche de performance

Le personnel médical de l'hôpital du Point G est placé sous l'autorité du directeur général de l'hôpital tandis que sa gestion administrative (affectation, recrutement, sanction et motivation) est plutôt suivie par le ministère de la santé, et le ministère de l'enseignement supérieur, le Point G étant un centre hospitalo-universitaire. Selon le témoignage d'un chef de service, « *Chaque année nous formulons nos besoins en personnel et nous l'envoyons au Ministère de la Santé pour nous pourvoir en personnel médical. Mais, si par exemple nous exprimons un besoin de 20 agents on nous envoie peut-être 2 ou 3 agents, donc c'est un peu compliqué* ».

Le salaire du personnel fonctionnaire de l'hôpital est 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. Le ministère de l'enseignement supérieur et celui de la santé procèdent à la nomination des médecins-chefs de service, et à la création de nouveaux services et départements. Ils déterminent la répartition des ristournes et les critères de leur répartition au personnel.

Pour les sanctions, les acteurs interrogés ont fait comprendre que l'hôpital ne peut les utiliser que dans la gestion du personnel contractuel en saisissant les prestataires concernés. Pour la sanction du personnel fonctionnaire, selon les personnes interrogées établit un rapport adressé au ministère de tutelle.

❖ **Autonomie administrative du CHU du Point G**

Les différentes activités ayant trait à l'autonomie administrative obtenues à travers la grille d'entretien administrée sont présentées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 3 : Identification de la catégorie « Autonomie administrative »

Dictionnaires	Sous-catégorie	Fréquence	Catégorie
N°2	Organisation administrative	45	Autonomie administrative
	Évolution des prises de décision	19	
	Responsabilisation	13	
	Exécution des tâches	16	
	Communication	20	

Source : Notre recherche

Pour les acteurs questionnés, l'organisation administrative, la communication et l'évolution des prises de décision constituent les éléments les plus importants de l'autonomie administrative. Ils ont révélé une inadéquation du système informatique qui est source de nombreuses pertes de temps. Les horaires de travail sont jugés contraignants pour certains services et peu adaptés en raison d'un manque de personnel, et gênent la bonne organisation et la qualité du travail. Concernant la répartition et l'affectation des missions, plusieurs acteurs interrogés ont souligné : le manque de connaissance des missions de certains services (notamment les services de support), manque de précision dans la définition des missions de certains services, réalisation de tâches en dehors des rôles assignés, manque de cohérence de l'organigramme et des rattachements hiérarchiques.

Le fonctionnement de l'établissement souffre d'un manque de formalisation et de respect des procédures notamment au niveau des services d'hospitalisation, ainsi qu'une lourdeur de certains processus jugés peu adaptés à l'accroissement de l'activité de l'établissement.

Les acteurs ont souligné une concentration du pouvoir décisionnel dans les hautes sphères de l'hôpital (notamment les médecins chefs de service et les cadres administratifs). Les agents administratifs se plaignent de la marginalisation dont ils font l'objet. Ils expriment leur insatisfaction quant à leur éviction de la sphère décisionnelle qu'ils voient comme la non-reconnaissance de leurs capacités et de leurs compétences, appelant à un management plus horizontal favorisant l'empowerment.

La communication interne révèle un manque de cohésion au sein de certains services caractérisés par des relations particulièrement conflictuelles dont pâtit le patient. La communication verticale n'est pas optimale : à l'insuffisante présence de l'équipe de direction sur le terrain, s'ajoutent des défauts de concertation et d'écoute entre la hiérarchie et le personnel. Ainsi un chef de service rapporte ceci : « *Regarder vous-même quand vous rentrez à l'hôpital, est-ce que vous pouvez vous orienter ? ça donne l'image de ce qui se passe à l'intérieur des services. Normalement si vous rentrez dans un hôpital, il doit avoir des panneaux d'orientation. Devant mon bureau il n'y a même pas mon nom. Même des numéros devant les chambres* ».

❖ **Autonomie financière du CHU du Point G**

Cette catégorie nous permet la compréhension d'une composante importante de l'autonomie hospitalière et les sous-catégories utilisées à cet effet sont présentées dans le tableau ci-après.

Tableau 4 : Identification de la catégorie « Autonomie financière »

Dictionnaires	Sous-catégorie	Fréquence	Catégorie
N°3	Le contrôle et la comptabilité des recettes	90	Autonomie financière
	L'établissement du budget et la répartition des recettes	63	
	La tarification des actes	30	
	La maintenance et l'approvisionnement	79	

Source : Notre recherche

Cette catégorie exprime l'ampleur de la dépendance de l'hôpital vis-à-vis de la subvention gouvernementale. Elle nous a permis de comprendre la capacité de mobilisation de l'hôpital pour financer ses activités. L'analyse des différents thèmes et sous-thèmes, nous a permis d'avoir les sous-catégories suivantes, à savoir : le type de comptabilité des recettes qui prévaut à l'hôpital du Point G ; la manière dont le budget est élaboré et voté ; la tarification des différentes prestations ; l'approvisionnement des intrants médicaux et non-médicaux nécessaires au fonctionnement de l'hôpital ainsi que la maintenance des équipements. Elles sont donc au nombre 4. La plus importante est le contrôle et la comptabilité des recettes. Son poids montre tout l'intérêt que les acteurs interrogés ont accordé à cette sous-catégorie.

Nos résultats ont montré que le CHU du Point G est soumis aux règles strictes de comptabilité publique car les fonds de l'hôpital constituent toujours des deniers publics. L'élaboration du budget est le fait de l'hôpital sur proposition de la direction et du contrôleur financier, qui en définit les grandes lignes, et son adoption est effectuée par le conseil d'administration. Selon nos acteurs enquêtés, l'hôpital ne maîtrise pas le montant total de la subvention dont il bénéficie car des ajustements sont effectués au niveau central par le ministère de la santé et le pouvoir législatif. Pour eux, cette situation limite l'action de l'hôpital concernant la détermination des ressources qu'il a défini en tenant compte de ses priorités.

Selon les propos d'un chef de service « *Nous élaborons chaque année notre budget mais, l'État ne tient pas compte de ce budget, puisqu'il a des ressources limitées. Il met à la disposition du ministère de la Santé pour l'ensemble des hôpitaux du pays un montant global et c'est à ce dernier que revient la mission de le répartir. Quelquefois, il arrive que nous ayons juste 30% de la subvention demandée à l'État* ».

Le fait pour les services de l'hôpital d'avoir la possibilité de réutiliser la totalité de ses ressources propres (c'est-à-dire les ressources générées au cours de ses activités) est certainement un acquis majeur de l'autonomie. Il permet à ce dernier d'avoir des moyens additionnels et une dépendance moins grande aux subventions gouvernementales sujettes à des fluctuations imprévisibles. Cependant, ces ressources ne peuvent en aucun cas être utilisées pour l'achat d'équipements ou pour effectuer des travaux de construction.

Malgré le fait que l'hôpital à travers son conseil d'administration a acquis la possibilité de faire varier ses tarifs, la décision finale revient au ministère de la santé. L'approvisionnement en médicaments et en dispositifs médicaux obéit à un contrat-plan qui lie la Pharmacie Populaire du Mali à l'hôpital. Ce dernier est obligé de se procurer des autres matériels et réactifs (scanner, appareils d'analyses biomédicales etc.) auprès des fournisseurs agréés par l'État.

5. Discussion des résultats et recommandations

Nous retenons pour notre discussion deux catégories ayant eu des fréquences élevées, c'est-à-dire qui ont été les plus souvent mentionnés par les personnes interrogées au cours des entretiens. Il s'agit des catégories suivantes : autonomie de gestion et autonomie financière. Malgré l'existence d'un cadre législatif, la pratique de l'autonomie du CHU du Point G montre la présence encore contraignante du pouvoir central à tous les niveaux de la gestion de l'hôpital. L'autonomie accordée n'a pas encore atteint les contenus et les niveaux attendus, surtout les actes pratiques de gestion financière et de ressources humaines.

• Dimension ressources humaines

En matière de gestion des ressources humaines, le ministère de la santé conserve les prérogatives les plus importantes notamment, le recrutement du personnel médical et sa rémunération. L'autonomie acquise dans ce domaine a surtout consisté à formuler des propositions, la décision finale restant entre les mains de la tutelle. On remarque que certains règlements confèrent une certaine autonomie à l'hôpital dans le domaine financier : utilisation de la totalité des recettes propres, de la détermination du tarif. Cependant dans la réalité, les aspects importants de la gestion financière sont encore le fait de la tutelle. Nous retrouvons cette situation dans d'autres contextes notamment au Pakistan, en Côte d'Ivoire et en Indonésie où l'essentiel des décisions en matière de gestion financière continuent à être contrôlées par le ministère de tutelle (Abdullah et Shaw, 2007 ; Barry, 2002 ; Bossert et al., 1997)

• Dimension financière

La décision finale dans les attributions et les actes de gestion financière sont le fait du ministère de la santé. Ainsi l'autonomie en matière de gestion financière est limitée. L'hôpital fait des propositions financières, mais la décision finale appartient à la tutelle. Cette situation n'offre pas à la Direction de l'hôpital toute la souplesse nécessaire à la gestion financière d'une organisation orientée vers la performance. Des situations similaires sont rapportées (Ssenooba et al., 2002 ; Sharma et al., 2001 ; Collins et al., 1999) en Ouganda, en Inde et au Kenya.

• Aspect cloisonné de l'autonomie

L'autonomie présenterait les symptômes d'un excès de règles juridiques à portée théorique sans aucun fondement pratique. Il conviendrait de parler de l'autonomie en tant qu'un système à double vitesse, où il y a un décalage entre l'autonomie telle que prévue dans les textes et l'autonomie telle que concrétisée sur le terrain (autonomie « théorique » vs autonomie « pratique ») dans la mesure où les textes ont précédé les outils. Ce retard accusé dans l'activation des mécanismes de l'autonomie prouve que l'autonomie a été abordée bien plus comme un effet de mode que comme une nécessité structurelle. L'autonomie semble s'arrêter au stade de la théorisation sans passer au stade d'opérationnalisation, présentant les caractéristiques d'une réforme « schizophrène ». Elle est asynchrone, en ce qu'elle tarde à concilier proclamation et concrétisation.

• Caractère « hypocrite » de l'autonomie

Il y a une tendance à considérer l'autonomie comme un changement dans la forme mais pas dans le fond. En effet, l'autonomie semble s'être faite à la surface en omettant les problèmes réels, donnant l'illusion d'un changement qui ne s'est pas concrétisé. Elle semble s'être trompée dans son diagnostic initial en proposant des remèdes prématurés et hâtifs pour des pathologies chroniques et durables. A la lumière des résultats qui sont ressortis, il serait pertinent d'avancer le scénario d'une « hypocrisie organisationnelle » (Brunsson, 1989) entendue dans le sens d'une adoption déguisée des outils de gestion. L'autonomie serait de nature superficielle n'ayant apporté dans son sillage aucun changement effectif, relevant d'une incantation managériale, d'une simple « gadgétisation managériale ». Elle s'apparenterait à un changement extérieur « épidermique » qui s'est arrêtée au stade de l'intention sans être en mesure de passer à l'action. Cette « anémie stratégique » dont souffre l'autonomie lui a été transmise par le New Public Management qui s'est réduit à traiter les pratiques de gestion comme des variables exogènes, passant au travers de leur potentiel stratégique.

▪ **Limites de la recherche**

Cette recherche que nous présentons n'est pas exemptée de limites. Ces dernières nous permettent d'ouvrir de nouvelles pistes de recherche qui seront axées sur la théorie et la méthodologie. Étant donné que c'est une étude de cas, il serait très difficile de généraliser nos résultats. Quant aux limites méthodologiques, elles sont liées à la subjectivité du chercheur dans le codage et la catégorisation.

❖ **Recommandations**

L'analyse du fonctionnement de l'hôpital du Point G nous montre qu'il y a des dispositions à prendre ; si elles sont prises, elles permettront d'améliorer sa performance. L'État doit accorder plus d'autonomie au CHU du Point G, permettre à chaque structure de gérer au sens large du terme son personnel, assouplir le code des marchés publics dans son application aux Établissements Publics Hospitaliers et rendre obligatoire le contrôle de gestion. Si l'État doit rester garant de la cohérence et de l'équité de l'accès aux soins, il doit cependant permettre aux dirigeants de l'hôpital en général de gérer et de rendre compte. Il s'agit de savoir qui est responsable de tel ou tel autre acte. Ainsi, nous allons vivre un véritable changement culturel et passer d'une logique basée sur la diligence à une logique de confiance, d'évaluation et d'efficacité socioéconomique. Il sera nécessaire de s'interroger sur la pertinence de notre démarche et d'apprendre à rendre compte de nos actions de manière efficace. Cette évolution exige une clarification des responsabilités et un renforcement de la tutelle stratégique du ministère de la Santé. La multiplicité de tutelles pourrait poser un problème de coordination et de définition de position commune. Il s'agira de clarifier la responsabilité devant le Conseil d'administration au nom de l'État.

6. Conclusion

Pour rappel, notre recherche visait à répondre à la problématique suivante : quelle est la nature et l'étendue de l'autonomie du CHU du Point G ?

Le CHU du Point G a un potentiel à développer au niveau de ses pratiques de gestion financière et de gestion des ressources humaines. Le CHU du Point G est resté un organe déconcentré et cantonné dans un rôle d'exécution des crédits votés par la tutelle pour son fonctionnement. L'autonomie a surtout consisté à la définition des domaines dans lesquels les organes de l'hôpital doivent faire des

propositions à la tutelle concernant les fonctions de gestion. La tutelle demeure le maître incontesté et cela aussi bien dans les textes que dans la pratique.

A partir des résultats et de leurs interprétations plusieurs leçons et contributions sont tirées. De prime abord, les résultats obtenus nous ont d'acquérir des connaissances nouvelles sur l'hôpital et la place qu'il occupe dans le tissu économique. Elle nous a permis de mobiliser des travaux sur l'autonomie hospitalière. Cela a conduit à faire un état des lieux de la pratique de l'autonomie des établissements publics hospitaliers maliens ; de telles données pouvant être exploitées à des fins de recherches futures.

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 du modèle d'autonomie et de ses effets sur la performance. Cela pourrait être intéressant dans la mesure car ce serait une étude dans un même contexte et sur des hôpitaux qui ont subi les mêmes réalités.

Deuxièmement, 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.

Enfin, faire un état des lieux de la situation actuelle et passée des hôpitaux depuis l'introduction de l'autonomie, plus précisément pour sortir les écarts chiffrés sur les résultats sur le plan médical, des soins infirmiers, de la gestion, etc. Du point de vue méthode, ces résultats pourraient permettre d'établir la valeur ajoutée de nos analyses effectuées dans cette thèse et confirmer les effets obtenus de l'autonomie.

Sachant que cette recherche porte sur l'autonomie des services de santé, les perspectives de recherche qui en découlent s'orientent vers l'explication du concept de la performance organisationnelle. Les recherches futures pourront se focaliser sur l'impact de l'autonomie sur la performance. Ils pourront développer ces deux concepts (autonomie et performance), les définir et identifier leurs composantes. Cependant, ce canevas doit être associé aux comportements des personnels de santé, car il semble que ces derniers ont joué un rôle très important dans la mise en œuvre des réformes.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Abdullah M, Shaw J. 2007. Un examen de l'expérience de l'autonomie hospitalière au Pakistan. *Int J Health Plan Manage* 22: 45– 62.
- [2] Allen P, Keen J, Wright J, et al. 2012. Investigating the governance of acute hospitals in England: multi-site case study of NHS Foundation Trusts. *J Health Serv Res Policy* 17(2): 94– 100
- [3] ANEH (2015b). "Manuel de procédures de mise en oeuvre du dispositif pour l'amélioration de la performance des hopitaux par contrat."
- [4] Bah et al. (2004). "Rencontres hospitalières de Dakar, Rapport de synthèse des travaux " Banque mondiale et collaborateurs, Dakar (Sénégal): 5-21.
- [5] Balique (1999). "Les hopitaux des pays d'Afrique Francophone au Sud du sahara et leurs perspectives." Bull Soc PatholExot 92: 323-328.
- [6] Balique (2002). "La politique hospitalière du Mali et ses perspectives." Rapport de fin de mission à la réforme hospitalière, Mali: 36.
- [7] Bance (2010). "Problématique de l'autonomie de gestion au CHU-CDG." Mémoire , Ecole Nationale d'Administration , Burkina -faso: 15.
- [8] Barasa EW, Manyara AM, Molyneux S, Tsofa B (2017) Recentralization within decentralization: County hospital autonomy under devolution in Kenya. *PLOS ONE* 12(8): e0182440.
- [9] Barry (2002). "Effet de l'autonomie sur la performance des hopitaux publics: Cas du Centre Hospitalo-universitaire de Cocody, Abidjan, Cote d'Ivoire." Mémoire d'économie d'économie de la santé, CESAG, Dakar, Sénégal.
- [10] Bossert T et al . (1997). "Hospital autonomy in Indonésia."
- [11] BRUNSSON N. (1989), *The organization of hypocrisy-talk, decisions and actions in organizations*, John Wiley and sons, New-York.

- [12] Chawla M et al. (1996). "Autonomie hospitalière , Guide méthodologique. Projet de Données pour la prise de Décision ": 46.
- [13] Claveranne et al. (2005). "T2A et gestion hospitalière. La physiologie du changement." Gestions hospitalières **449**: 609-613.
- [14] Collins C et al. (1999b). "The experience of Kenyatta National Hospital " International Journal of Health Planning and Management **14**: 129.
- [15] Collins et al. (1999a). "Public sector hospitals and organizational change : An agenda for policy analysis " International Journal of Health Planning and Management **14**: 107.
- [16] Eid (2001). "Hospital governance and incentive design: The case of corporatized public hospitals in Lebanon." 2-8.
- [17] Evelyn (2004). "Autonomy of Apex hospitals in Uganda too little, to slow " Health policy and development, UMPress **2**: 151-160.
- [18] Hood, Christopher (1991), A public management for all seasons ? Public administration (London), (69) 1. p.3-19
- [19] London (2013). "The promises and perils of hospital autonomy Reform by decree in Viet Nam." Social Science et Medecine **96**: 232-240.
- [20] Maggeti (2007). "De facto Independence After Delegation : Fuzzy-Set Analysis." Regulation and Governance **1**: 271-294.
- [21] McGrath R. 2001. Apprentissage exploratoire, capacité d'innovation et supervision managériale. Acad Manage J **44**(1) : 118– 131.
- [22] McPake B. 2003. La réforme du système de santé colombien améliore-t-elle la performance des hôpitaux publics de Bogota?. Plan de politique de santé **18**(2): 182– 194.
- [23] Mosccarola et al. (2002). "Exploration sans a priori ou recherche orientée par un modèle: contributions et limites de l'analyse lexicale pour l'étude de corpus documentaires." 6ième Journées internationales d'analyse statistique des données textuelles: 581-592.
- [24] Needleman J et al. (1996). "L'autonomie des hopitaux au Zimbabwe." Data for decession Making Project, Boston University, MA.
- [25] Pearson M. 2000. *Expérience internationale de l'autonomie hospitalière*. Institute for Health Sector Development: Londres.
- [26] Perrot (2004). "Le role de la contractualisation dans l'amélioration de la performance des systèmes de santé." OMS/Génève / Discussion papaer.
- [27] Preker, H. e. (2003). "Innovations in health service delivery: the corporatization of public hospitals." Editors the World Bank, Washington D.C.
- [28] Saltman R, Duran A, Dubois H. 2011. *Introduction à Saltman, R., Duran, A et Dubois, H. éditeurs. Gouverner les hôpitaux publics : stratégies de réforme et mouvement vers l'autonomie institutionnelle*. Observatoire européen de la santé: Londres.
- [29] Sharma (2001). "Developping financing autonomy in public hospitals in India." Rajasthan's model Health Policy **55**: 73-18.
- [30] Strauss et al. (1990). "Bsics of Qualitative Research : Grounded Theory Procedures and Technics." Newbury Park, CA Sage.
- [31] Ssenooba F, Atunyambe L, McPake B, Hanson K, Okuonzi S. 2002. Ce qui pourrait être réalisé avec une plus grande autonomie des hôpitaux publics: comparaison des hôpitaux publics et des hôpitaux PNFP en Ouganda. Public Adm Dev **22**: 415– 428.
- [32] Tampubolon, M. e. (2017). "the double edged sword of corporatisation in the hospital sector: evidence from Indonesia." health Economics, Policy and law **12**: 61-80.
- [33] Tao (2010). "Fixing the public hospital system in China." **2**: 8-20.
- [34] Yin (1994). "Discovering the future of the case study method in evaluation research." Evaluation practice **15**: 290