



GOVERNANCE ET MANAGEMENT HOSPITALIER, LES CLES POUR AMELIORER L'ACCES AUX SOINS CAS DE LA CHU-JRB-BEFELATANANA-ANTANANARIVO- MADAGASCAR

RANAIVOSAONA Toky Lalaina⁽¹⁾, Dr. RAKOTO DAVID Olivaniaina⁽²⁾

- (1) Ecole Doctorale Sciences Humaines Et Sociales, EAD2 : Sciences Economiques, Economie de la Santé, Université d'Antananarivo, Madagascar.
(2) Faculté d'Économie, Gestion et Sociologie, Université d'Antananarivo, Madagascar

This is an open access article under the [CC BY-NC-ND](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/) license.



Résumé : Dans le contexte actuel où l'on construit des hôpitaux « Manarapenitra » dans tous Madagascar, il est important de se pencher sur la question de gouvernance des infrastructures pour améliorer l'accès aux soins. L'objectif étant de percevoir la qualité de service offert par l'Hôpital. On a d'abord effectué une enquête auprès des patients, accompagnateurs et clients de la pharmacie, la méthode utilisée est le SERVQUAL et la méthode d'échantillonnage est aléatoire¹. Ensuite, les personnels de l'hôpital sont enquêtés pour comprendre leurs difficultés à satisfaire les besoins du client. Le résultat de notre recherche a montré que la satisfaction des exigences clients, l'anticipation des problèmes et tendances, la transparence des actions et du processus décisionnel vis-à-vis des parties prenantes sont les clés pour améliorer l'accès aux soins. La discussion va mettre en relief l'importance de la mission de gouvernance et les points essentiels pour mieux gouverner l'hôpital.

Mots-clés : Gouvernance d'un établissement public de santé, Système de management de qualité, qualité de service, attente basique, attente exprimée, perception de qualité, accès aux soins.

Digital Object Identifier (DOI): <https://doi.org/10.5281/zenodo.7662358>

¹ L'échantillonnage de notre étude a été réalisé par sélection aléatoire simple et pour y arriver, on effectue un décompte de dizaines de personne qui se présente au portail de l'hôpital. Ensuite, le choix d'une personne enquêtée a été effectué à chaque numéro dix (n°10). Enfin, à cause de la non disponibilité de certaine personne initialement prévue pour l'enquête, le choix s'est porté sur la personne après notre sélection soit le numéro onze (n°11).

GOVERNANCE AND HOSPITAL MANAGEMENT, KEYS TO IMPROVING ACCESS TO CARE CASE OF CHU-JRB-BEFELATANANA-ANTANANARIVO-MADAGASCAR

Abstract: In the current context where "Manarapenitra" hospitals are built throughout Madagascar, it is important to address the issue of governance of infrastructure to improve access to care. The objective is to perceive the quality of service offered by the hospital. A survey was conducted among patients, attendants and clients of the pharmacy. The sampling method was random². First, a preliminary satisfaction survey (qualitative survey) was conducted using the SERVQUAL method. Then, the hospital staff are surveyed to understand their difficulties in meeting the customer's needs. The result of our research showed that meeting customer requirements, anticipating problems and trends, and transparency of actions and decision making to stakeholders are the keys to improving access to care. The discussion will highlight the importance of the governance mission and the key points to better govern the hospital.

Keywords: Governance of a public health institution, service quality, expressed expectation, quality perception, access to care.

BESTUUR EN HOSPITAALBESTUUR, DIE SLEUTELS TOT DIE VERBETERING VAN TOEGANG TOT SORGGEVAL VAN CHU-JRB-BEFELATANANA-ANTANANARIVO-MADAGASKAR

Opsomming: In die huidige konteks waar "Manarapenitra"-hospitale regdeur Madagaskar gebou word, is dit belangrik om die kwessie van infrastruktuurbestuur aan te spreek om toegang tot sorg te verbeter. Die doelwit is om die kwaliteit van diens wat deur die Hospitaal aangebied word, waar te neem. Ons het eers 'n opname onder pasiënte, metgeselle en kliënte van die apteek gedoen, die metode wat gebruik word is SERVQUAL en die steekproefmetode is ewekansig. Daarna word hospitaalpersoneel ondervra om hul probleme te verstaan om aan die behoeftes van die kliënt te voldoen. Die resultate van ons navorsing het getoon dat voldoening aan klantevereistes, die vooruitsig van probleme en neigings, deursigtigheid van aksies en die besluitnemingsproses teenoor belanghebbendes die sleutels is om toegang tot sorg te verbeter. Die bespreking sal die belangrikheid van die missie van bestuur beklemtoon en die sleutelpunte om die hospitaal beter te bestuur.

Sleutelwoorde : Bestuur van 'n openbare gesondheidsinstelling, gehaltebestuurstelsel, kwaliteit van diens, basiese verwagting, uitgedrukte verwagting, persepsie van kwaliteit, toegang tot sorg.

² The sampling of our study was carried out by simple random selection and to achieve this, a count of tens of people presenting themselves at the hospital gate is carried out. Then, the selection of a respondent was made at each number ten (n°10). Finally, due to the unavailability of a certain person initially planned for the survey, the choice was made for the person after our selection, i.e. number eleven (n°11).

1 Introduction

Notre analyse de l'offre de soins des hôpitaux publics se fera en tenant compte des normes d'intégration verticale dans le système de santé. Le paquet minimum d'activité (PMA) et paquet complémentaire d'activité (PCA) conçu pour filtrer les cas de référence et de contre référence afin de désengorger les CHU pour une meilleure prise en charge. « Dans l'industrie de soins, une large catégorie de produits est non commercialisable et une condition préalable concurrentielle de base n'est pas satisfaite... »(Arrow, 1978) la théorie néo-classique typiquement dirigée vers la recherche d'optimalité ne peut donc pas s'appliquer au marché des soins de santé. Nous rejoignons le point de vue qui souligne l'importance de la gouvernance pour pallier le manque d'optimalité et ainsi d'améliorer l'accès aux soins, l'article de AROW J. nous servira de point de départ pour l'analyse de l'hôpital en tant qu'institution qui comble la défaillance du marché face à l'accès aux soins. Notre problématique consiste alors à comprendre l'importance de la bonne gouvernance en matière d'accès aux soins et de trouver des solutions aux éventuels problèmes pour le cas de Madagascar. Notre hypothèse est le suivant : « Une meilleur pratique de gouvernance et de management hospitalier sont les clés pour atteindre la performance du système de soins ». Vue la manque d'optimalité du marché de soin, on ose tout de même à classer notre démarche dans le registre de la « Nouvelle Gestion Publique (NGP) »(Merrien, 2002) ceci est justifié par notre approche basée sur la satisfaction des usagers (méthode du privé dans le public). On retient donc le meilleur discours de NGP sur la théorie du choix public mais sans atteindre la privatisation car le marché de soin ne le permet pas, notre ambition est que l'hôpital publique comble la défaillance du marché. Pour cela, le modèle d'analyse de référence est celle de **SERVQUAL de PARASURAMAN, ZEITHAML et BERRY** en 1988 (Findlay, 2002) qui repose sur l'estimation des écarts entre attente/perception ; interne (personnel de l'organisation) et externe (clients/usagers).

2 MATERIELS ET METHODES

On tient à mettre en relief les différents matériels et méthodes mobilisés lors de l'analyse, ainsi, on a utilisé entre autre la démarche qualité de soins (Hanae et al., 2008), l'enquête de satisfaction et la SERVQUAL (A Parsu et al., 1988).

2.1 Type des données analysées

A la base, la technique de recueil de donnée mobilisée est la technique d'entretien individuelle en ayant recours à des questionnaires ouverts. Plusieurs techniques sont ensuite mobilisés pour avoir les différentes variables à intégrer dans la recherche. Les techniques mobilisées pour les approches empiriques sont entre autre le SERVQUAL, la roue de Deming et l'échelle de Likert (pour codé les informations). D'autres points de vues d'experts sont aussi associés à la recherche pour enrichir le recueil d'information. Les types de données analysées sont alors des données qualitatives.

2.2 Caractéristique des populations cibles pour l'enquête de satisfaction

Au total 147 réponses des usagers ont pu être récoltées pendant les 5 semaines d'enquête (Novembre et Décembre 2018), 147 questionnaires ont été retenus pour l'analyse. Les femmes représentent 68% des patients ayant répondu à l'enquête, 32% sont des hommes. Les patients ayant rendez-vous dans les différents services de l'hôpital peuvent être classés en deux

catégories : (1) ceux venus d'eux-mêmes (patients non référés), et (2) ceux qui sont envoyés par leur médecin traitant (patients référés). Les patients référés représentent 21% des consultations de notre échantillon. Après une consultation, le client pourrait être recommandé de faire des examens complémentaires afin de savoir la continuité des parcours des soins.

A part l'enquête de satisfaction auprès des usagers et dans le but d'avoir une vision plus complète de la réalité, les employés de l'hôpital étaient aussi enquêtés. On a recueilli leur point de vue quant à la perception des facteurs de blocage à l'accès au soin de la population. Cette approche est d'une importance capitale pour comprendre les perceptions des employés de la qualité de service.

On a constaté une réelle implication des professionnels de santé de l'Hôpital et les profils des répondants sont variés, en terme de catégorie professionnelle et d'âge. Au total, 55 professionnels médicaux, paramédicaux et administratifs ont répondu à l'enquêteur. Ils se répartissent de la manière suivante: 9 professionnels paramédicaux dont, 3 cadres de pôles, 6 infirmiers ; 25 professionnels médicaux dont 4 cadres de pôles, 6 chefs de service, 15 praticiens ; 22 professionnels administratifs dont le directeur adjoint de l'établissement, 21 cadres supérieur administratifs, logistiques ou techniques.

2.3 Type de questions

Nous avons opté pour des questions fermées et des questions ouvertes. Lors de la formulation des questionnaires, on a pris soins des risques de perte d'informations précieuses.

Pour les questions fermées, nous avons retenu 7 items et donc construit 39 énoncés correspondant. Afin d'éviter les pertes d'informations nous avons regroupées les questions concernant chaque étape de la visite du patient dans des modules distincts puisque si les questions ne sont pas claires, l'interlocuteur va refuser de répondre. L'objectif de chaque énoncée (qui ne comprend qu'une seule question à la fois) est d'être le moins ambigu possible.

Toutes les questions sont des questions de type fermé. Cela facilite le traitement des réponses et diminue le temps nécessaire aux usagers pour répondre, ce qui permet aussi de poser plus de questions.

Les répondants peuvent discuter ouvertement avec l'enquêteur (son interlocuteur) afin que l'enquêteur puisse rédiger des commentaires explicites de portée générale dans le but d'enrichir la portée des informations recueillies à l'aide des questionnaires et peut être même de reformuler et améliorer les items pour l'adapter un peu plus à la réalité. Ce procédé fait d'ailleurs parti de la méthode « SERV-QUAL ».

Les questions ouvertes ont été posée aux professionnels et personnels de l'hôpital. Elles traitaient des thématiques portant sur l'amélioration du management, de la gouvernance, et des projets de l'hôpital. Les réponses à ces questions ont été considérées dans sa totalité pour faire sortir les problèmes majeurs afin d'en sortir des recommandations.

2.4 Les modes de diffusion du questionnaire

On a adopté la méthode face à face par le biais d'un enquêteur, il s'agit d'un mode qui stimule le répondant et permet également d'élucider d'éventuelles confusions dans les questions et de limiter les erreurs de réponse.

2.5 Traitement des données

Les réponses des employés de l'hôpital ont été capturées en totalité et on s'est assuré du verrouillage de l'assertivité de l'enquêteur, il s'agit notamment de reformuler d'une manière courte, claire et concise les avis des personnels et professionnels de l'hôpital.

Les données brutes issues des questions fermées sont retravaillées de manière à les rendre plus facilement exploitables. Pour permettre les comparaisons et les calculs des moyennes, nous avons converti les variables qualitatives en variables numériques : l'échelle "tout à fait satisfait" ... "très insatisfait" a ainsi été convertie en échelle numérique de 0 à 5.

En s'inspirant de la démarche management qualité des services à l'hôpital de Ghana (Yeboah et al., 2014), elle-même puisant son inspiration du SERVQUAL et du model de Kano, nous avons regroupé les questions par étape en créant une nouvelle variable synthétique pour chaque étape qui prend comme valeur la moyenne des notes des variables composant l'étape. Nous avons réalisé un deuxième regroupement de ces mêmes variables en fonction de leur dimension liée au matériel, au relationnel, à l'information, au temps et au prix.

La question demandant le nombre de visites au CHU-JRB durant les 5 dernières années ont permis de créer une variable qualitative avec deux modalités : les malades venant pour la première fois et les malades étant déjà venus au CHU-JRB.

2.6 Limites de l'enquête

L'enquête est valable seulement dans un contexte temporel du mois de Novembre et Décembre 2018, l'échantillon de 147 personnes n'est pas représentatif de la population générale qui sont tous ceux qui fréquentent la CHU-JRB tout au long de l'année.

3 RESULTATS

Analyse factorielle des correspondances (AFC) : Le but étant de cartographier les écarts entre attente sur la qualité de service et la perception de la qualité par les usagers, le meilleur outil pour pallier ces écarts est XLSTAT en ayant recours au traitement statistique tel que l'AFC.

Test d'indépendance entre les variables des lignes (la satisfaction des usagers) et des colonnes (les parcours thérapeutiques)

Le test de χ^2 va mettre en évidence si les variations des lignes affectent celle des colonnes et vice-versa. Les résultats sont les suivants :

Tableau 1. Résultats de l'AFC

Khi ² (Valeur observée)	3163,985
Khi ² (Valeur critique)	181,770
DDL	152
p-value	< 0,0001
Alpha	0,05

Source: Propre auteur sur XLSTAT

Interprétation :

- Soit l’hypothèse H0 également appelée « hypothèse de prudence » qui indique qu’il n’y a aucun lien entre la satisfaction et le parcours thérapeutique.
- Soit l’hypothèse H1 : chaque parcours est frappé d’une perception de qualité de la part des usagers.

La Valeur observée χ^2 est égal à 3163,985 ; cette valeur notablement grande indique que le degré d’association entre les satisfactions et les parcours est important. A un seuil de signification de 5% et un degré de liberté de 152, la Valeur critique de χ^2 est égal à 181,770. On a alors un χ^2 (Valeur observée) inférieur à χ^2 (Valeur critique) ce qui nous amène à retenir H1. Donc on peut dire qu’il y a une relation entre la perception de qualité des usagers et le parcours thérapeutique. Le risque de rejet de la plausibilité de H1 est inférieur à 0.01%.

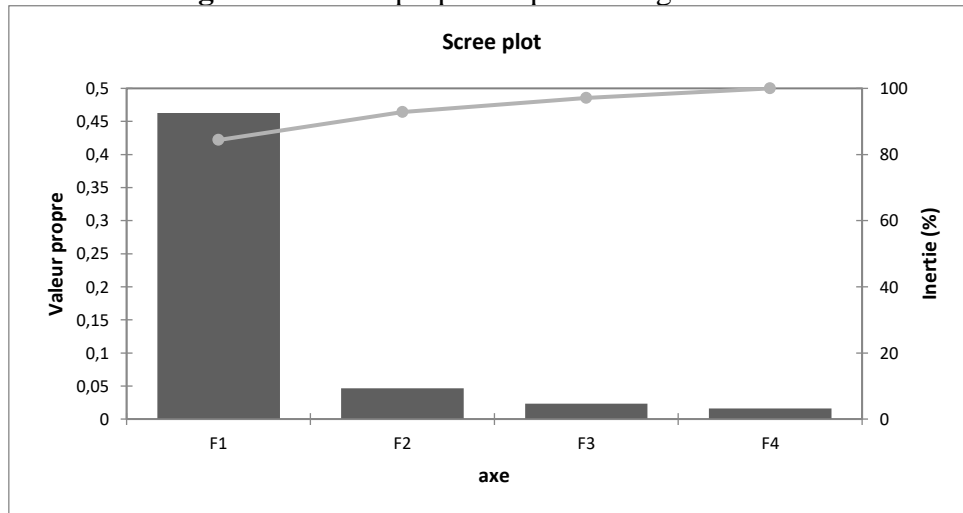
Donc avec une inertie totale de 0,548 on peut dire que l’intensité de l’écart à la dépendance globale est de l’ordre de 55%. Inertie totale : 0,5483

Tableau 2. Valeur propres et pourcentages d’inertie

	F1	F2	F3	F4
Valeur propre	0,4626	0,0464	0,0233	0,0159
Inertie (%)	84,3844	8,4649	4,2471	2,9036
% cumulé	84,3844	92,8492	97,0964	100,0000

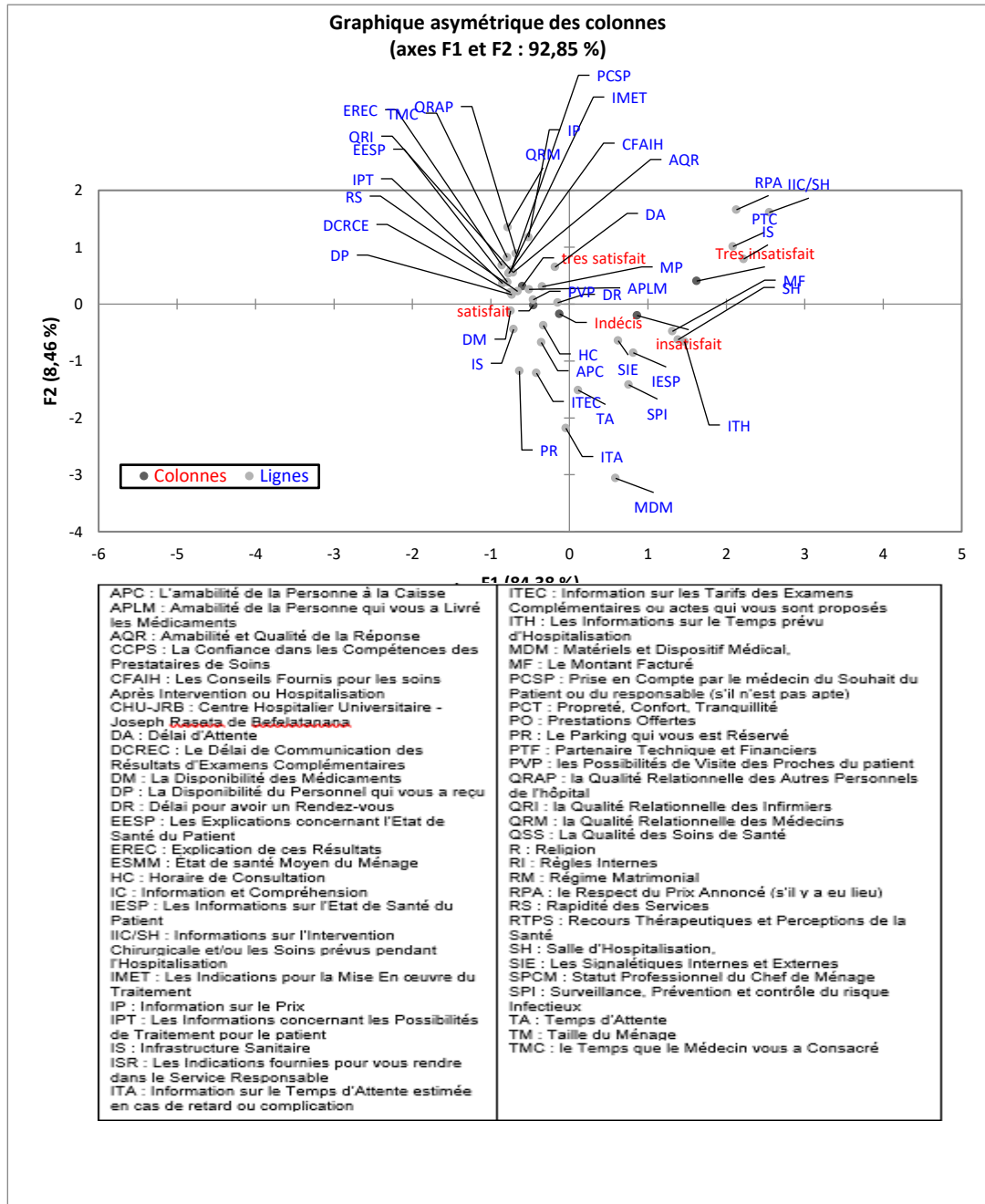
Source: Propre auteur sur XLSTAT

Figure 1. Valeur propres et pourcentages d’inertie



Source: Propre auteur sur XLSTAT

Figure 2. Carte Factorielle de la perception de la qualité des soins



Source: Propre auteur sur XLSTAT

« Le principal objectif du management de la qualité est de satisfaire aux exigences des clients et de s'efforcer d'aller au-devant de leurs attentes »(ISO/FDIS 9000:2015(F), n.d.). L'appréciation de la satisfaction des patients lors de leur prise en charge dans le service et dans l'établissement CHU-JRB depuis son entrée jusqu'à sa sortie nous a permis de proposer les axes d'améliorations suivants :

- Axe₁ : Attention particulière à la dimension matérielle (équipements et bâtiments) et des services proposés par l'hôpital qui confirme l'importance des investissements.
- Axe₂ : Une suivie de près sur les prestations facturables de l'hôpital afin de créer des tarifs sociaux.

« ... L'un des critères d'appréciation par les patients de la qualité des services est la disponibilité en médicaments... » (Richard, 2005) dans notre cas, les questionnaires sont orientés de sorte que les moins d'expérience que vit les usagers ou clients de son entrée à la porte à sa sortie de l'hôpital soit capté.

La réponse à la question « Votre opinion sur la durée totale de votre passage à l'hôpital (de la prise en charge jusqu'à la sortie) » a montré que les usagers sont à 72.67% indécis, c'est-à-dire que les questions de qualité de soin ne sont pas de leur responsabilité.

En aucun cas, cela ne veut dire que la qualité de soin n'impacte pas la fréquentation de CHU-JRB. Au contraire, la réponse à la question « A l'issue de votre visite, seriez-vous prêt à revenir à CHU-JRB ? » est en moyenne de 3.71% oui pour l'ensemble de l'échantillon.

On serait toujours tenté de dire qu'il s'agit du fait que personne ne veut être malade pourtant si la qualité de soin est au top, il y a certains cas où des personnes en bonne santé restent à l'hôpital juste pour jouir du service même si c'est cher.

En plus le score moyen de la question : « A l'issue de votre visite, seriez-vous prêt à recommander le CHU-JRB ? » est de 6.88% oui ; Si on recoupe cela à l'information de 29.36% des gens qui ont choisi l'hôpital à cause de sa réputation, on peut dire que le non-qualité de l'hôpital impacte gravement l'accès aux soins.

« ... Un tel constat montre la gravité de la situation si l'on considère que le secteur privé draine entre 60 et 80 % de la dépense de santé... » (Richard, 2005) le point de vue de notre livre de référence est ici plus que partager, et cela mérite une attention particulière.

4 DISCUSSIONS

Pour les axes 1 et 2, l'investissement au sein de l'hôpital autant que les prestations facturées aux usagers apportent une partie de réponse à notre problématique dont la formulation exacte est « comprendre l'importance de la bonne gouvernance en matière d'accès aux soins et de trouver des solutions aux éventuels problèmes pour le cas de Madagascar ». En effet, le directeur et l'administrateur ont pour mission de négocier des crédits et d'autorisation supplémentaire directement avec le ministère de tutelle, pour financer les investissements et les tarifs sociaux (Richard, 2005) cela confirme l'importance de la mission de gouvernance.

La réponse aux questions ouvertes posées aux professionnels sur les thématiques d'amélioration du management, de la gouvernance, et de projet d'établissement au sein de l'hôpital ont permis de retenir quatre (4) points essentiels.

- La revalorisation de la rémunération des praticiens et professionnels paramédicaux, ils trouvent que leur travail est sous-rémunéré. A l'échelle Nationale : « ...L'insuffisance de la motivation du personnel est liée à : La baisse des salaires en termes réels... »(Richard, 2005)
- Une nette coupure entre le « sommet stratégique » (Mintzberg, 1982) de l'hôpital et le « centre opérationnel » (Mintzberg, 1982), au niveau planification notre œuvre de référence recommande le renforcement de la ligne hiérarchique. « ... Un sentiment d'isolement scientifique avec manque de relations et de débats entre les professionnels de la santé et les responsables du système; entraînant une perte de confiance de la profession... » (Richard, 2005)

- Des instances de gouvernance au fonctionnement méconnu, plus de transparence aide les professionnels et les administrateurs non professionnel à accomplir leur tâche sereinement.
 - Le conseil d'administration n'est pas vraiment un lieu d'échange sur les projets institutionnels et les sujets importants
- Le Directoire, de style bureaucratique de type wébérien (Weber, 1947) ; les questions abordées en Directoire ne font pas l'objet d'échanges au sein du pôle administratif ou du service médical, en amont et en aval lorsqu'elles le concernent.
- Des responsables médicaux insuffisamment formés et outillés, des parcours managériaux à accompagner, les personnels de santé demandent davantage de formation pour augmenter leurs compétence et autonomie. Notre œuvre de référence affirme que les médecins du secteur publique son bien formé mais les autres souffrent de ce manque de formation « ... En revanche, les formations en cascade ... sont plus rares ou de qualité moindre, et les aides au diagnostic sont peu ou mal utilisées... » (Richard, 2005).

5 Conclusion

On s'est intéressé au comportement des bénéficiaires de soin face aux systèmes de prise en charge. Dans cette optique, la défaillance du processus de prise en charge au sein de l'hôpital va donc se traduire en une perception de non-qualité par la population, un challenge en terme de qualité de service et ce dernier est un excellent indicateur pour un tableau de bord.

Les données que nous avons analysées proviennent des enquêtes auprès des usagers, et des professionnelles de santé, les populations cibles sont donc tous ceux qui fréquentent la CHU-JRB Befelatanana. Notre objectif est d'obtenir les points de vue des intervenants au sein de l'hôpital et de synthétiser les avis des usagers afin d'améliorer l'accès aux soins. Les techniques de recueil de donnée mobilisé sont ceux du technique d'entretien individuelle en ayant recours à des questionnaires ouverts et fermés. L'hôpital publique était traité comme une organisation de production de soin et les côtés pratiques d'élaboration de tableau de bord ont été mis en valeur.

En réponse à notre problématique sur l'importance de la bonne gouvernance, pour financer les investissements et les tarifs sociaux, le directeur de l'hôpital doit négocier des crédits et des autorisations supplémentaires directement avec le ministère de tutelle, l'administrateur appuie l'action du directeur en contournant le pouvoir de la tutelle par une négociation jouée à un niveau politique « ...Le budget de fonctionnement alloué aux établissements hospitaliers représente en moyenne 21 % de l'enveloppe totale budgétaire du Ministère de la santé. Ce poste occupe la troisième position en matière d'octroi de financement;... » (Richard, 2005). Notre hypothèse est confirmée, en effet, un meilleur pratique de gouvernance et de management hospitalier sont les clés pour améliorer la performance d'accès aux soins. La promotion des circuits courts de décision était plébiscitée par la plupart des catégories professionnelles pour engager une nouvelle dynamique au sein des équipes hospitalières, il s'agit là d'une confirmation de notre rupture au model bureaucratique wébérienne (Weber, 1947) et notre inscription à l'idéologie de la Nouvelle Gestion Publique (Merrien, 2002). L'autre mesure

privilégiée était l'amélioration de la formation managériale des personnels de santé pour améliorer leur qualité de service.

On peut donc en conclure que pour maximiser la performance au sein des hôpitaux et notre système de soins, il faut optimiser la façon de gouverner, les circuits de chaîne de commandement devraient être plus participative et les responsables, les chefs, les directeurs et cadres devront avoir un fort habilité en terme de management et de négociation.

REFERENCES

- [1] A Parsu, P., Valarie A., Z., & Leonard L, B. (1988). SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. *Journal of Retailing*, 64(1), 12–40.
- [2] Arrow, K. J. (1978). UNCERTAINTY AND THE WELFARE ECONOMICS OF MEDICAL CARE. In *Uncertainty in Economics* (pp. 345–375). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-214850-7.50028-0>
- [3] Findlay, A. M. (2002). *Retailing: Critical concepts*. 3,2. *Retail practices and operations*. Taylor & Francis.
- [4] Hanae, I. E. H., Mohamed, L., & Noureddine, R. (2008). QUALITY OF CARE BETWEEN DONABEDIAN MODEL AND ISO9001V2008. *International Journal for Quality Research* 7, 17–30.
- [5] ISO/FDIS 9000:2015(F). (n.d.). *Systèmes de management de la qualité—Principes essentiels et vocabulaire*. AFNOR. Retrieved December 24, 2022, from <https://www.iso.org/obp/ui/#iso:std:iso:9000:ed-4:v2:fr>
- [6] Merrien, F.-X. (2002). La Nouvelle Gestion publique: Un concept mythique. *Lien Social et Politiques*, 41, 95–103. <https://doi.org/10.7202/005189ar>
- [7] Mintzberg, H. (1982). *Structure et dynamique des organisations* -. Librairie Eyrolles. <https://www.eyrolles.com/Entreprise/Livre/structure-et-dynamique-des-organisations-9782708119710/>
- [8] Richard, B. N. (2005). *Hôpital et système de soins de santé à Madagascar. Tome 1: De la genèse (17ème siècle) à la réforme hospitalière (années 90)*. L'Harmattan.
- [9] Weber, M. (1947). *The Theory Of Social And Economic Organization*. Oxford University Press, New York, INC.
- [10] Yeboah, M. A., Ansong, M. O., Appau-Yeboah, F., Antwi, H. A., & Yiranbon, E. (2014). *Empirical Validation of Patient's Expectation and Perception of Service Quality in Ghanaian Hospitals: An Integrated Model Approach*. 3(3).