

# **REGARD CRITIQUE SUR LA PERFORMANCE DE L'HÔPITAL SAINTE THERESE DE MIRAGOANE AU COURS DES ANNEES 2007 ET 2008**

## **I- INTRODUCTION**

### **I-1 Contexte**

La république d'Haïti est divisée en dix départements géographiques. Le dernier à être créé est le département des Nippes. Il est donc le plus jeune département. Sa superficie est de 1297 km<sup>2</sup>. Sa division territoriale est répartie comme suit : trois arrondissements, 11 communes et 37 sections communales. Il abrite une population estimée en 2006 à 283 112 habitants. Miragôane son chef lieu, est une ville ouverte au commerce extérieur ; son port est l'un des plus actifs du pays. Elle abrite une population de 49 628 habitants (IHSI 2003). Durant les jours ouvrables, avec les négociants et les acheteurs du bord de mer affluent de toutes les régions du pays cette population tend à augmenter. .

Le département des Nippes dispose d'atouts touristiques certains comme la grotte Mapou à Baradères, le fort Jean Jacques Acaau à l'Anse à Veau, la grande plage de Grand Boucan. Au point de vue sanitaire le département des Nippes est découpé en quatre UCS dont le plan de développement n'est pas encore élaboré. Il dispose de 22 établissements de santé dont 16 dispensaires quatre CAL et deux hôpitaux dont l'un est nouvellement construit. Les maladies infectieuses dominent le tableau avec le triste record national de prévalence au VIH estimé à 3% (EMMUS IV). La ville de Miragôane dispose de six établissements de santé dont un seul possède une capacité d'hospitalisation, l'Hôpital Sainte Thérèse (HSTM).

## **I-2 Problématique**

Construit en 1980 pour desservir une population estimée à cette époque à moins de 30 000 habitants, l'hôpital fut élevé au rang d'Hôpital Départemental (HD) suite à la promulgation en 2003 de la loi créant le département des Nippes. Il devient ipso facto le centre de référence du département sans une modification adéquate de ses structures l'habilitant à remplir son nouveau rôle. On procède de temps en temps à l'aménagement de certaines structures grâce à l'appui financier des partenaires et à l'opportunité offerte par certains programmes. Cependant ces modifications n'entrent pas dans une vision holistique devant permettre à l'hôpital de remplir efficacement sa mission.

Par ailleurs, l'hôpital ne possède pas de service proprement dit car si les salles existent, aucun service ne dispose de son personnel. Il est difficile dans ce cas d'établir les responsabilités. Les patients de chirurgie et de médecine interne séjournent dans la même salle.

Pour son fonctionnement, l'hôpital bénéficie de l'appui financier substantiel de plusieurs bailleurs dans le cadre de la mise à exécution de projets découlant de programmes verticaux ; en outre, il reçoit des allocations du trésor public qui injecte environ 3 500 000 gourdes annuellement dans le département (bureau départemental et hôpital départemental). Cependant, ces allocations ne parviennent pas régulièrement à destination. A titre d'exemple, l'HST n'a reçu aucune allocation émanant du trésor public au cours de l'année 2008. Ainsi comme la plupart des hôpitaux publics du pays, l'hôpital Ste Thérèse de Miragoane ne fonctionne pas sans contraintes.

Le directeur médical de l'hôpital affiche une totale insatisfaction par rapport au fonctionnement de cet établissement. La plupart des problèmes qu'il soulève se résument en un déficit de performance qui constitue sa principale source de préoccupation. Il a donc mandaté notre groupe pour l'appuyer dans une démarche d'analyse de ce déficit de performance.

### **I-3 Buts de l'étude**

Notre mandat consiste donc à

- 1 Documenter le déficit de performance de l'hôpital Ste Thérèse de Miragôane à travers une revue de la littérature et tenant compte de l'opinion des divers acteurs.
- 2 Réaliser un diagnostic de situation de l'hôpital en précisant les forces et les faiblesses de l'institution en termes de performance
- 3 Proposer à partir de ce diagnostic des pistes de réflexion qui serviraient de guide aux gestionnaires dans le choix de stratégies d'amélioration de la performance de l'établissement.

## **II- METHODOLOGIE**

La performance organisationnelle étant un concept multidimensionnel et paradoxal, elle est abordée d'une part, en tenant compte des différentes théories existant dans la littérature scientifique. Ce qui nous a permis d'adopter un cadre conceptuel et d'élaborer à partir de ce cadre les outils d'analyse et de collecte d'informations. D'autre part, nous avons adopté une approche participative qui prend en compte les opinions des différents acteurs. Cette démarche a contribué d'une part à l'identification des différentes dimensions concernées par le déficit de performance, d'autre part à soulever des questionnements sur les dysfonctionnements relevés et sur les stratégies à adopter pour adresser ce problème.

### **II -1 Fondements conceptuels**

Le concept de performance organisationnelle est très utilisé en théorie des organisations. Il existe cependant une pluralité de dimensions de ce concept. La plupart l'associent à l'efficacité organisationnelle, d'autres à l'efficience et la productivité, d'autres enfin proposent de l'aborder selon une approche contingente c'est à dire selon le choix de l'un ou de plusieurs modèles de performance sur la base de leur pertinence au contexte.

On retrouve dans la littérature deux types de modèles d'appréciation de la performance : les modèles unidimensionnels et les modèles multidimensionnels.

### **Modèles unidimensionnels**

#### **Le modèle d'atteinte des buts**

Ce modèle, associé généralement aux **modèles des objectifs rationnels** est en général plus utilisé. Selon les tenants de ces modèles Price, Sherman, Magnussen, Charnes et Cooper, Shortell et al.(1972),une organisation existe pour accomplir des objectifs spécifiques. L'évaluation de sa performance consiste alors à estimer dans quelle mesure elle a atteint ses buts. Cependant, une limitation de ce modèle réside dans les difficultés de mesure des intrants et des extrants qui ne prennent pas en compte les aspects qualitatifs comme la pertinence des actes et l'accessibilité aux soins.

#### **Le modèle des relations humaines**

D'un autre côté, Deutsch, Connolly et Conlon 1980 considèrent les organisations comme des arènes politiques. Pour ces auteurs, une organisation est performante quand elle parvient à fonctionner sans grandes tensions internes. Dans ce type de modèle, l'accent est mis sur les besoins de satisfaction des stakeholders et sur les activités mises en œuvre par l'organisation pour survivre. La performance se définit alors comme la capacité de l'organisation à satisfaire les stakeholders.

#### **Modèles des processus internes**

Plusieurs travaux de recherche se sont inscrits dans les modèles des processus internes (Pascal, Diridollou, David, Allison). Dans ces modèles, une organisation performante est celle dont les processus de production respectent les normes établies. Par conséquent, ce ne sont pas les ressources qui comptent mais la manière dont elles sont mobilisées pour la réalisation de l'activité. Ce type d'analyse est quotidiennement appliqué aux établissements de soins dans la mesure où l'activité est caractérisée par une forte asymétrie d'information et qu'il y a obligations de moyens et non de résultats.

### **Le modèle des ressources**

Ces modèles définissent la performance selon la capacité de l'organisation d'acquérir dans l'environnement les ressources nécessaires à sa survie et à son bon fonctionnement (recrutements, subventions, compétences). Yuchtman et Seashore 1967, Benson , 1975 s'alignent autour de ce modèle. Les indicateurs de performance sont liés à la disponibilité d'équipement de qualité ou de praticiens hospitaliers de renommée.

### **Le modèle centré sur l'erreur**

Une organisation est performante si elle montre une absence de faute ou de caractéristique de non performance (Crosby 1984)

**Le modèle comparatif** postule qu'une organisation est performante si elle est jugée meilleure que des organisations similaires (benchmarking) (ICIS 2003).

### **Le modèle de la légitimité sociale**

Une organisation est performante si elle survit et se maintient en s'engageant dans des activités considérées légitimes par sa communauté d'appartenance.

Un tableau résumant les différents modèles unidimensionnels de la performance hospitalière se trouve en annexe.

En définitive, chacun de ces modèles d'appréciation de la performance peut être utilisé pour qualifier l'activité de l'hôpital. Chacune des dimensions envisagées dans chacun des modèles est légitime pour certaines parties prenantes. Or, le paradoxe lié au concept de la performance organisationnelle implique que fréquemment la maximisation d'une dimension conduise à la dégradation d'une autre dimension d'où la nécessité de recourir à une hiérarchisation des dimensions retenues. Cette hiérarchisation repose sur des mécanismes de concertation et constitue un véritable construit social.

### **Les modèles d'appréciation multidimensionnelle de la performance hospitalière**

La complexité des organisations de santé a inspiré plusieurs auteurs dans le choix d'un modèle d'appréciation de leur performance. Pour Chauvancy Marie-Claire dans Carnets de santé (Performance hospitalière / sécurité des soins : deux objectifs antinomiques ? janvier 2009,) *Les critères de performance hospitalière peuvent être définis comme suit : des soins de qualité au moindre coût, des ressources allouées aux soins utiles, des soins accessibles à tous ceux qui en ont besoin.*

Sicotte et al, s'inspirant de la théorie de l'action sociale de Parsons suggère un modèle intégrateur d'analyse de la performance qui englobe les différentes dimensions précitées. Selon cette théorie, tout système social est organisé autour de quatre pôles pour assurer sa survie. *Il s'agit d'une orientation vers les buts, une interaction avec l'environnement pour acquérir des ressources et assurer sa survie, une intégration de ses processus internes pour produire et un maintien des valeurs et de normes qui facilitent et contraignent les trois fonctions précédentes.* Une organisation est performante quand elle arrive à maintenir un équilibre entre ces quatre fonctions. Un tableau résumant le modèle de Sicotte et al est en annexe.

## **Les travaux de G. Dussault**

Pour cet auteur, une organisation hospitalière performante est celle qui assure l'amélioration continue de la qualité, l'efficacité et l'augmentation de l'accessibilité. Les composantes de la performance hospitalière concernent :

- La couverture qui correspond à une distribution de la main d'œuvre permettant d'offrir de manière universelle une gamme étendue de services répondant aux besoins de santé de la population.
- La productivité qui fait référence aux extrants produits par rapport aux intrants investis.

Les recherches de Dussault notent que la performance globale et organisationnelle passe par la performance humaine.

**A. Donabedian**, de son côté s'inscrit dans une recherche de performance globale. Il propose de classer les critères de qualité et de performance globale selon trois axes, la structure, les processus et les résultats.. Par conséquent l'appréciation de la qualité et de la performance passe par l'appréciation de trois paramètres de l'organisation : la structure, les processus et les résultats. (Tableau synthétique des modèles multidimensionnels en annexe)

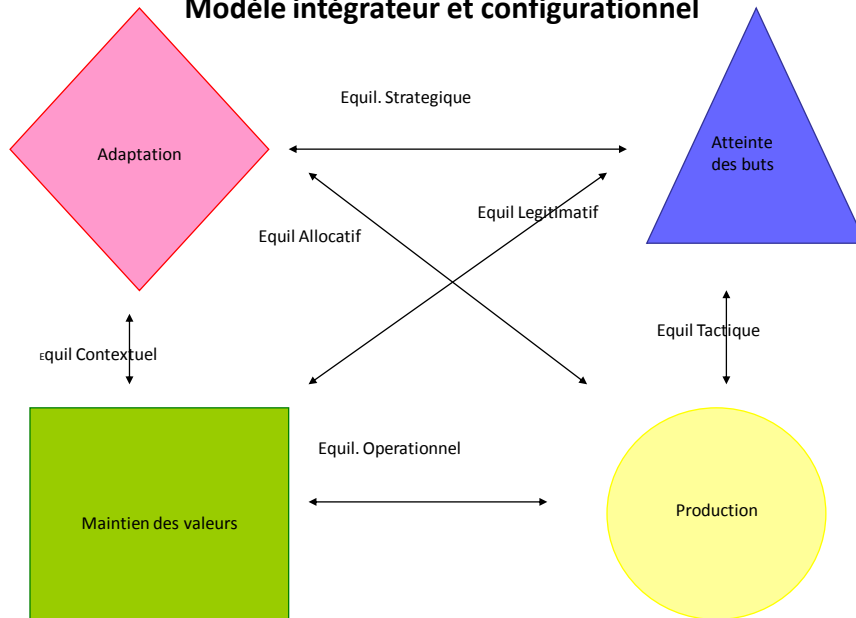
Chacun de ces trois modèles adopte une conception de la performance se situant à plusieurs niveaux et insiste sur la non - universalité des critères et indicateurs de la performance. Enfin, la performance d'une organisation ne peut se concevoir qu'en relation avec la performance de chacune de ses composantes et avec celle du réseau constitué par les autres organisations avec lesquelles elle interagit.

## **II-2 Modèle choisi**

Le cadre conceptuel adopté est le modèle intégrateur d'analyse et de gestion de la performance organisationnelle proposé par Sicotte et al et basé sur la théorie de l'action sociale de Parsons qui permet d'englober la complexité de la performance des organisations : le modèle d'Evaluation Générale et Intégré de la Performance du Système de Santé (ÉGIPSS). En effet, les organisations de santé étant de nature complexe, il s'avère difficile d'évaluer leur performance selon une dimension unique. La théorie de l'action sociale de Parsons nous offre la latitude de pouvoir le faire en tenant compte de toutes les dimensions à savoir : L'atteinte des buts, l'adaptation, la production, le maintien des valeurs et du climat organisationnel. La performance de l'hôpital Ste Thérèse de Miragoane sera donc analysée en fonction de ces quatre dimensions. Ce modèle a déjà été utilisé plusieurs fois dans diverses analyses de la performance comme celle réalisée par François Champagne et al pour les hôpitaux de Tunisie en 2008.



## Dimensions et sous-dimensions de la performance Modèle intégrateur et configurationnel



### L'adaptation

La fonction d'adaptation fait référence à la capacité de l'établissement de santé de se procurer à court terme les ressources nécessaires au maintien et au développement de ses activités (capacité d'acquisition des ressources, orientation vers les besoins de la population, capacité d'attraction de clientèles, habileté de mobilisation communautaire) et à plus long terme de développer ses habiletés à s'adapter aux changements technologiques, populationnels, politiques et sociaux.

### L'atteinte des buts

Cette fonction est liée à la capacité de l'organisation d'atteindre des buts fondamentaux. Pour une organisation publique de santé, il s'agit de l'amélioration de l'état de santé des individus et de la population. Elle est représentée par des mesures d'efficacité, d'efficience, de satisfaction des divers groupes d'intérêt et d'équité par rapport à la santé.

## **La production**

Il s'agit du noyau technique de l'organisation. C'est à ce niveau que l'on retrouve la majorité des indicateurs généralement utilisés pour mesurer la performance des établissements de santé. (Volume de services produits, productivité, qualité des soins).

## **Le maintien des valeurs et du climat organisationnel**

Cette fonction est celle qui produit du sens et de la cohésion au sein de l'organisation. Elle est nécessaire à la maîtrise des tensions existantes entre les quatre dimensions de la performance. Chacune des quatre fonctions essentielles à la survie des organisations est relativement autonome des trois autres. La richesse de la théorie de Parsons repose en grande partie sur les interactions et les liens réciproques devant exister entre les quatre fonctions fondamentales pour maintenir un système performant.

## **II-3 Population cible et sources d'information**

La population cible retenue comme source d'information est représentée par les prestataires de service, les utilisateurs et les non utilisateurs de l'hôpital, les cadres de la direction départementale, les instances de participation communautaire. Ils ont répondu à certains questionnaires, participé à des rencontres individuelles ou de groupe. Ceci nous a permis d'obtenir des informations sur leur perception par rapport aux services fournis à l'hôpital.

Ces données ont été complétées par celles provenant des documents comme les rapports d'activités de l'hôpital, les registres de salle, les outils de gestion de l'établissement. Des informations concernant la productivité, le modèle de gestion en cours de l'institution ont résulté de cette démarche de collecte.

Le mode de fonctionnement de l'hôpital, la relation prestataire client, le respect des normes ont été étudiés durant cinq (5) journées d'observation en milieu de travail

Pour recueillir ces informations, plusieurs outils ont été élaborés à savoir : un cadre d'analyse, des guides d'entrevues, des grilles d'observation, des questionnaires individuel et collectif. (En annexe)

## II-4 Activités de collecte

De multiples activités de collecte nous ont permis de recueillir les données pour la réalisation de ce travail. Ces activités de collecte englobent :

- Des rencontres individuelles ou en groupe avec le mandant, les informateurs clés et autres acteurs comme les employés, les patients avant et à la sortie des cabinets de consultation, les patients hospitalisés, les parents d'enfants en pédiatrie et en clinique infantile.
- Deux focus group avec des représentants de deux associations féminines et un autre avec des membres de la population
- cinq journées d'observation en milieu de travail
- Des consultations documentaires

Les données une fois recueillies ont été traitées manuellement. Le groupe a participé à toutes les activités de collecte. Cependant, vu la distance de l'objet d'étude, nous avons certaines fois dû recourir à des informateurs – clé.

Les principales limites de notre travail résident dans le temps imparti pour les activités de collecte, la localisation de l'objet d'étude, l'Hôpital Ste Thérèse se trouvant à environ 100 kilomètres de Port-au-Prince. La difficulté de valider certaines données à cause de la faiblesse du système d'information a encore compliqué notre démarche. Pour contourner cette dernière difficulté, nous avons procédé à la vérification des données à partir de deux sources : les rapports mensuels et les registres. Et quand ces deux sources ne concordaient pas nous avons opté pour celles provenant des registres. Le recours aux informateurs clé est systématique en cas de doute sur les deux dernières sources.

## **III-RESULTATS ET DISCUSSION**

### **III-1- FONCTION ADAPTATION**

Selon le modèle choisi, pour être performant, l'hôpital doit tout d'abord trouver dans son environnement les ressources nécessaires pour survivre tout en se transformant et s'adapter aux besoins de la population. Ensuite il doit être capable de mobiliser le support de sa communauté, démontrer sa capacité à innover et à se transformer enfin attirer les clientèles appropriées. Dans ce travail, nous nous sommes limités à l'analyse de la capacité d'acquérir les ressources et la capacité de répondre aux besoins de la population.

*Ce travail nous a permis de découvrir une faible implication de l'HSTM dans l'acquisition des ressources, sa capacité limitée à utiliser et à gérer efficacement les ressources disponibles et sa faible préoccupation à identifier les besoins de la population*

#### **III-1-1 CAPACITE A ACQUERIR DES RESSOURCES**

##### **III-1-1-1 Ressources Humaines**

L'effectif du personnel technique a connu une évolution positive l'ordre de 6.9 % (tableau 4 en annexe) entre les deux années d'étude même si l'implication de l'hôpital dans cette acquisition reste très faible. Le rôle de l'HST réside surtout dans la répartition temporelle et spatiale des ressources. Les entretiens nous ont appris que généralement un total de six médecins est affecté aux consultations externes dont deux généralistes et quatre médecins en service social. De plus, deux infirmières sages femmes effectuent les consultations pré et postnatales. Le personnel recruté dans le cadre de la mise en œuvre des projets est affecté spécifiquement aux activités relatives à ces projets.

##### **Questions**

**Cette augmentation des ressources humaines est-elle en adéquation avec les besoins de l'institution ?**

**Comment l'HST utilise –t-il les ressources humaines apportées par les programmes verticaux pour améliorer le volume et la qualité des services ?**

### **III-1.1-2 Ressources financières**

#### **Evolution des ressources financières**

Il nous a été très difficile de recueillir des données sur les ressources financières de l'hôpital. Les seules données disponibles concernent les fonds alloués par Plan Haïti / PEPFAR qui est le principal bailleur de l' HST. Nous avons constaté une évolution positive de ces fonds allant jusqu'à 94% entre les deux années couvertes par l'étude.

Par ailleurs, en 2008, l'hôpital s'est engagé à exécuter le projet SOG, financé par ACDI. Ce projet basé sur le remboursement des coûts permet à l'hôpital de fournir des soins obstétricaux gratuits basés sur un coût forfaitaire par accouchement physiologique. L'hôpital a donc bénéficié au cours de l'année 2008 d'un certain montant à travers les remboursements du projet.

#### **Existence de budget**

Malgré les apports diversifiés de fonds, jusqu'à date, l'hôpital ne s'est jamais doté d'un budget. Les seuls budgets disponibles sont ceux préparés conjointement par la direction de l'hôpital et les partenaires dans le cadre de la mise en œuvre des projets découlant des programmes verticaux. Le montant global des recettes internes pour les années couvertes par l'étude n'est pas connu des cadres. .

#### **Question**

**Les recettes propres de l'hôpital ne devaient-elles pas être documentées régulièrement si l'on voulait avoir un budget prévisionnel annuel de fonctionnement pour l'hôpital ?**

**Comment l'hôpital a-t-il utilisé les fonds reçus pour améliorer sa capacité organisationnelle.**

### **III-1-1-3 Ressources matérielles**

Les entretiens indiquent que les ressources matérielles et financières sont insuffisantes pour permettre à l'hôpital de dispenser des soins à la population. Bien que l'HST fasse preuve d'une certaine capacité dans l'acquisition des ressources matérielles, il fait montre d'une grande limitation dans sa capacité à les utiliser et à les entretenir de manière rationnelle.

Au cours de l'année 2007 un seul projet a été soumis et financé par ACDI. Il s'agit d'un projet d'appui financier pour l'acquisition de matériels et équipements et de médicaments pour la pharmacie. A l'occasion, des équipements (scialytique) pour la salle d'opération, et un appareil d'échographie ont été obtenus et des médicaments achetés. Les entrevues avec les cadres, les employés et les patients de l'institution nous ont informés sur l'existence de fréquentes ruptures de stocks en intrants et une indisponibilité chronique de médicaments à la pharmacie. De plus jusqu'au début de l'année 2009, l'échographie n'était pas encore en service par manque de ressources humaines qualifiées. Le scialytique n'est pas adapté à la dimension de la SOP.

L'appareil à fabriquer du chlore disponible à l' HST ne fonctionne pas. Les entretiens nous ont appris que l'indisponibilité de sel de mer est à la base de cette situation. Ainsi, l'hôpital ne dispose pas d'eau chlorée indispensable à la décontamination du matériel même si la plupart des cadres de l'institution sont conscients de son importance dans la prévention de l'infection.

Par ailleurs, un total de quatre (4) véhicules non fonctionnels dont deux ambulances appartenant à l'HST et les deux autres à la direction départementale sont garés sur la cour de l'hôpital limitant la libre circulation des usagers et du personnel depuis deux ans. Les démarches pour la remise en fonctionnement de ces véhicules sont restées infructueuses selon le directeur médical.

## **Questions**

**Qu'est-ce qui pourrait être fait pour permettre à l'HST de définir et respecter les principes d'une bonne pratique de gestion du matériel ?**

## **Degré d'implication de l'HST dans l'acquisition des ressources**

Les entrevues avec les différents cadres, permettent d'affirmer qu'il n'existe aucun processus d'identification de besoin en ressources humaines spécifiques à l'HST.

Le recrutement des ressources humaines reste encore centralisé au niveau du cabinet du ministre de la santé pour les prestataires nationaux et au niveau de la coopération cubaine pour le personnel expatrié. Ainsi l'administration de l'hôpital exerce très peu d'influence dans l'acquisition et le maintien de ressources humaines. En conséquence il lui arrive de gérer certains membres du personnel techniquement non qualifiés et administrativement peu disciplinés. La participation de l'HST dans le recrutement des ressources humaines se limite au personnel contractuel payé soit par les programmes verticaux soit à partir de fonds propres de l'établissement.

Par ailleurs, à part, le projet soumis pour l'acquisition de matériels et équipement, L'HST est partiellement impliqué dans l'acquisition des ressources matérielles et financières. Les entretiens indiquent que ces dernières ressources sont insuffisantes pour permettre à l'hôpital de dispenser des soins à la population.

## **Question**

**Comment l'HST peut-il être actif dans la recherche et l'acquisition de fonds sans l'existence d'un plan et d'un budget y relatif?**



## **1-2 -capacité à répondre au besoin de la population**

Selon le modèle choisi, un hôpital performant doit adapter ses services aux besoins de la population. Les entrevues nous ont appris qu'il n'existe à l'hôpital aucun processus pour identifier les besoins de la population. L'institution n'entreprend donc aucune activité communautaire et n'adopte aucune stratégie de communication avec la population. Ainsi l'hôpital fournit un paquet de soins et de services généraux de santé sans tenir compte des besoins spécifiques de certaines couches de la population.

Une initiative que les cadres assimilent à une forme de participation communautaire est l'implication d'un groupe de jeunes dans les travaux d'amélioration du tronçon de route menant à l'hôpital et les démarches devant aboutir à l'installation d'un conseil d'administration à la tête de l'hôpital. Ces actions isolées suffisent – elles pour être mises à l'actif d'un certain partenariat hôpital communauté ?

Par ailleurs, les entrevues avec les associations de femmes nous ont appris que leurs besoins en matière de dépistage précoce du cancer du col mériteraient d'être satisfaits par l'HST.

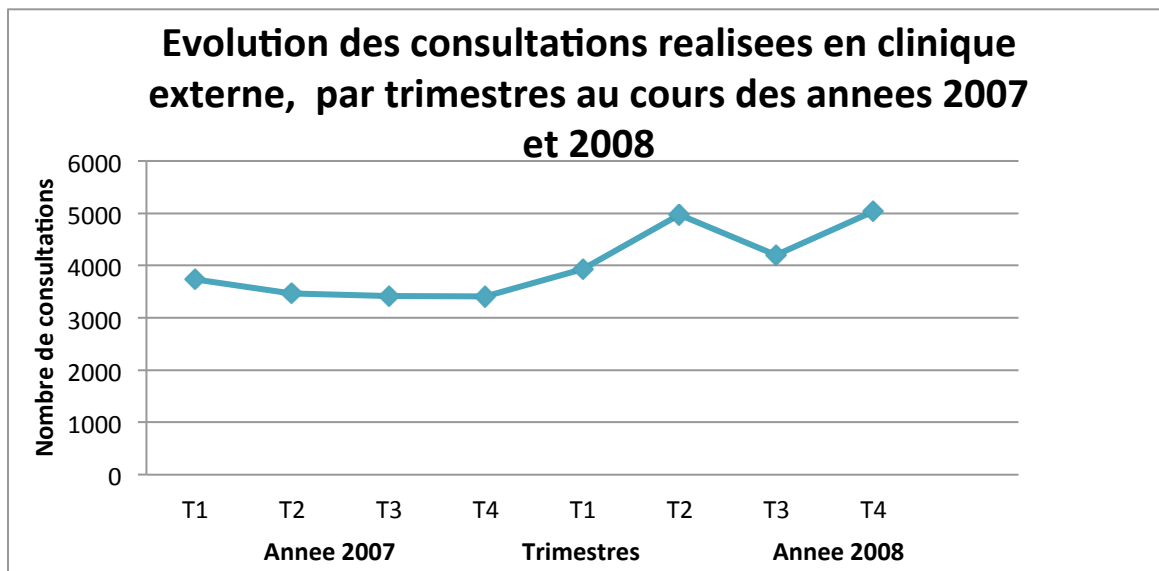
## **III- 2- FONCTION PRODUCTION**

La dimension production est analysée à travers ses trois sous dimensions : le volume de service, la productivité et la qualité. Le volume de services renvoie à la quantité de services produits par les acteurs pour atteindre les buts de l'HST et répondre aux besoins de la population qu'il dessert. Ces services couvrent les trois fonctions de base inhérentes à la mission soins de tout établissement hospitalier : une fonction diagnostic, une fonction traitement et une fonction hôtellerie.

*Cette étude nous apprend que la fonction production de l'HST est caractérisée par une augmentation du volume de services, une productivité préoccupante, et une recherche de qualité insuffisante pour produire la satisfaction des acteurs.*

### III- 2- 1 VOLUME DE SERVICES

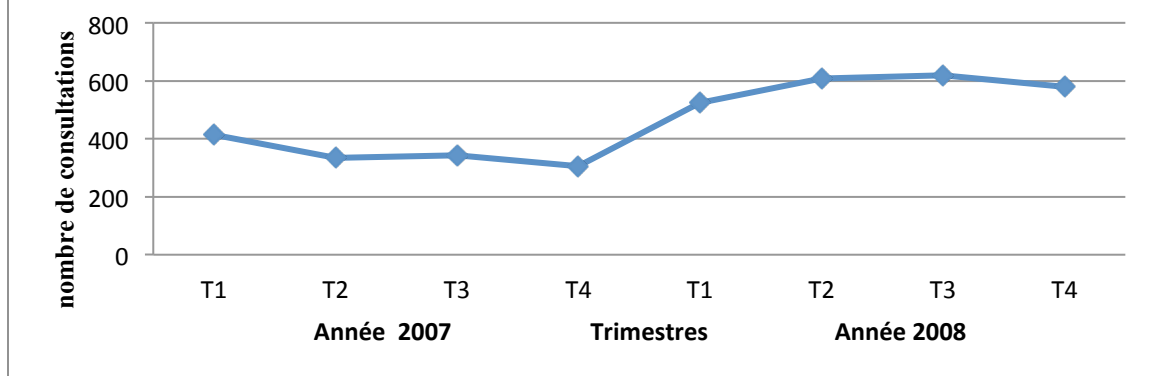
Globalement, à part les interventions chirurgicales et la radiologie, le volume de services produits à l'HST a connu une évolution positive du début l'année 2007 à la fin de l'année 2008. Les graphes suivants en témoignent, même si pour certains services il existe une certaine fluctuation.



*Source : statistiques HST 2007- 2008*

Le nombre de consultations externes est demeuré à peu près stationnaire au cours des trois premiers trimestres de l'année 2007. Par contre, il a connu une augmentation graduelle à partir du quatrième trimestre de l'année 2007 jusqu'au deuxième trimestre de l'année 2008.

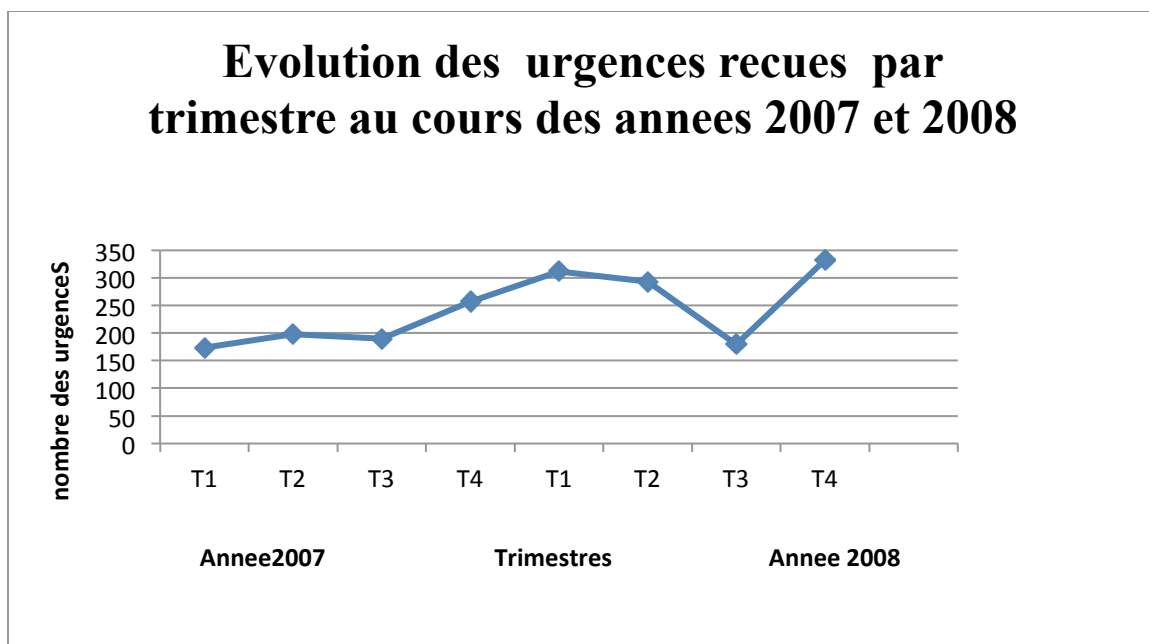
## Evolution des admissions par trimestres au cours des années 2007 et 2008



Source : statistiques HST 2007- 2008

Le nombre d'admissions a connu une nette diminution au cours des trois derniers trimestres de l'année 2007. Cependant, comme pour les consultations générales on a observé une tendance à la hausse au cours de l'année 2008.

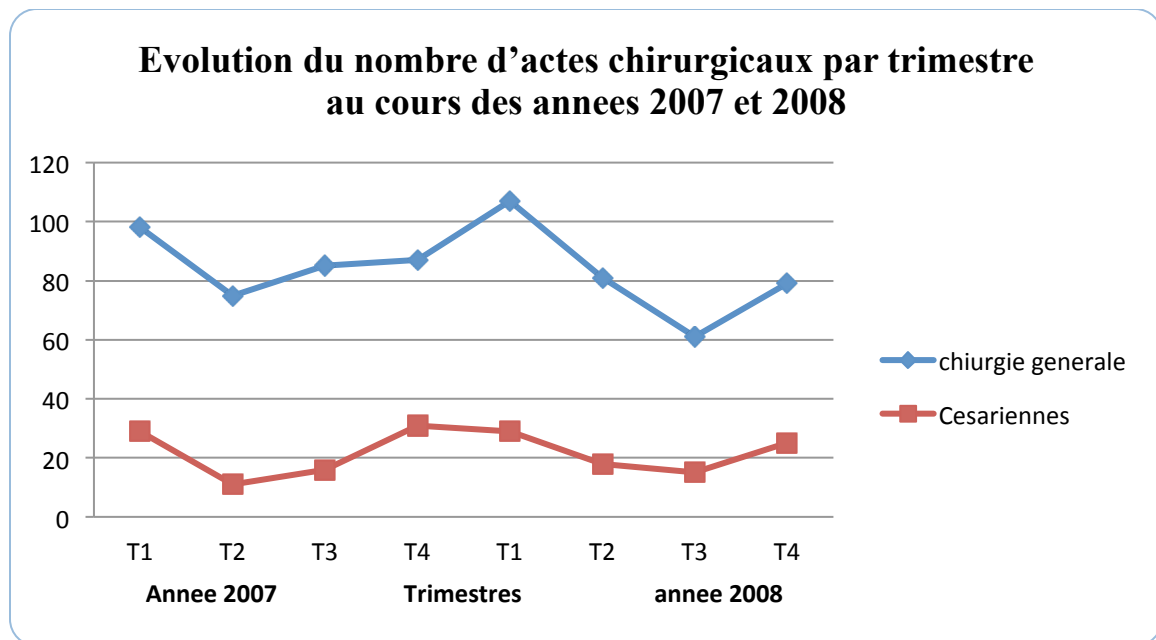
## Evolution des urgences recues par trimestre au cours des années 2007 et 2008



Source : statistiques HST 2007- 2008

Le pourcentage d'évolution des urgences à l'HST est de 36.3% même quand plusieurs cas ont dû être référés ailleurs sans aucun suivi.

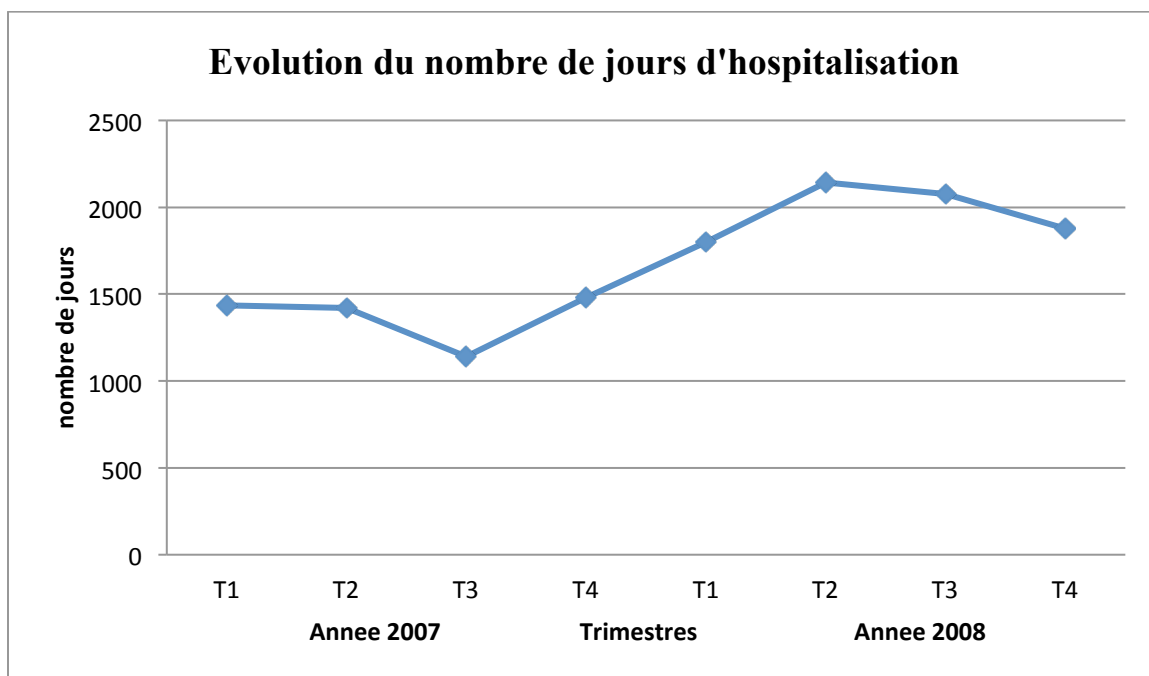
### Evolution du nombre d'actes chirurgicaux par trimestre au cours des années 2007 et 2008



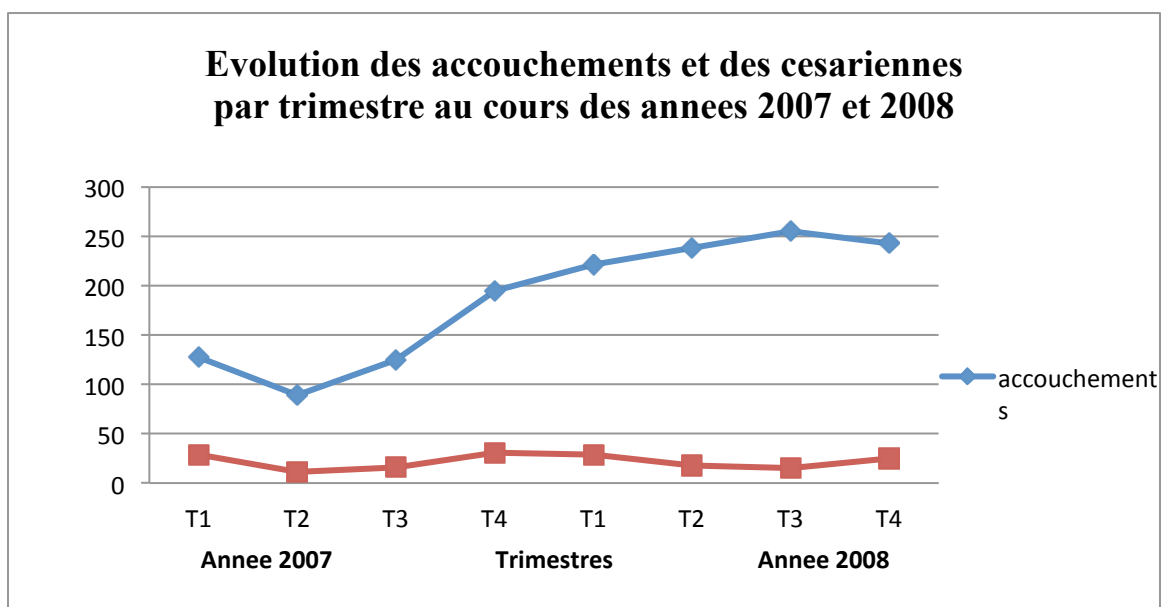
Source : statistiques HST 2007- 2008

En 2007, le chirurgien généraliste qui était d'ailleurs un coopérant cubain est remplacé par un autre coopérant cubain, un chirurgien proctologue. La compétence de ce dernier étant limitée en chirurgie générale, les urgences chirurgicales sont en grande partie référées vers d'autres hôpitaux. C'est ce qui expliquerait la diminution des actes chirurgicaux au cours de l'année 2008.

....



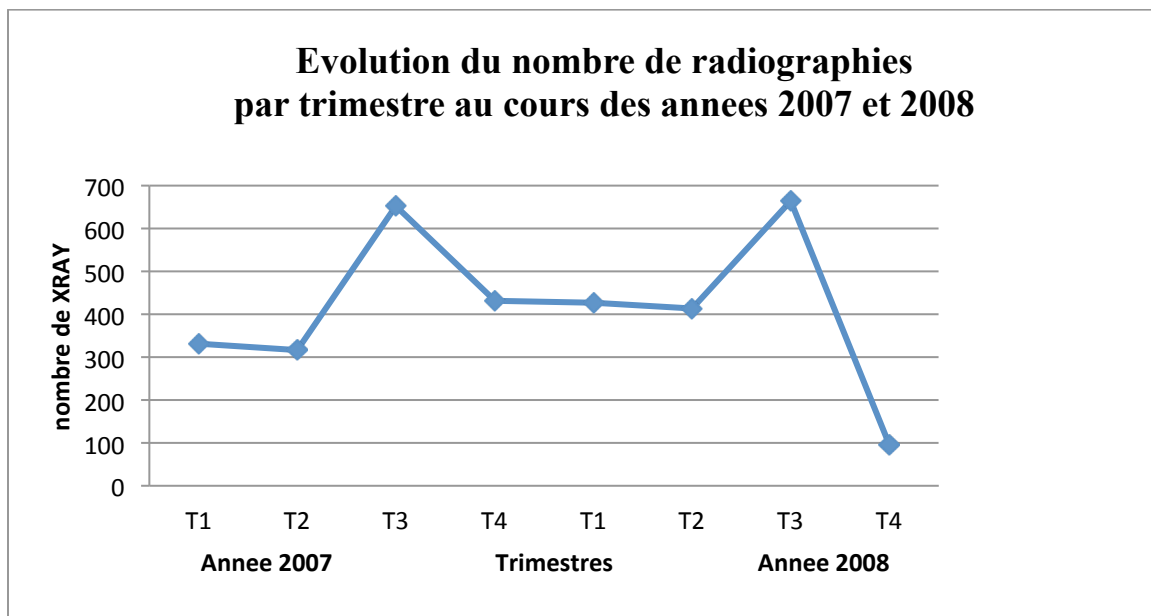
Source : statistiques HST 2007- 2008



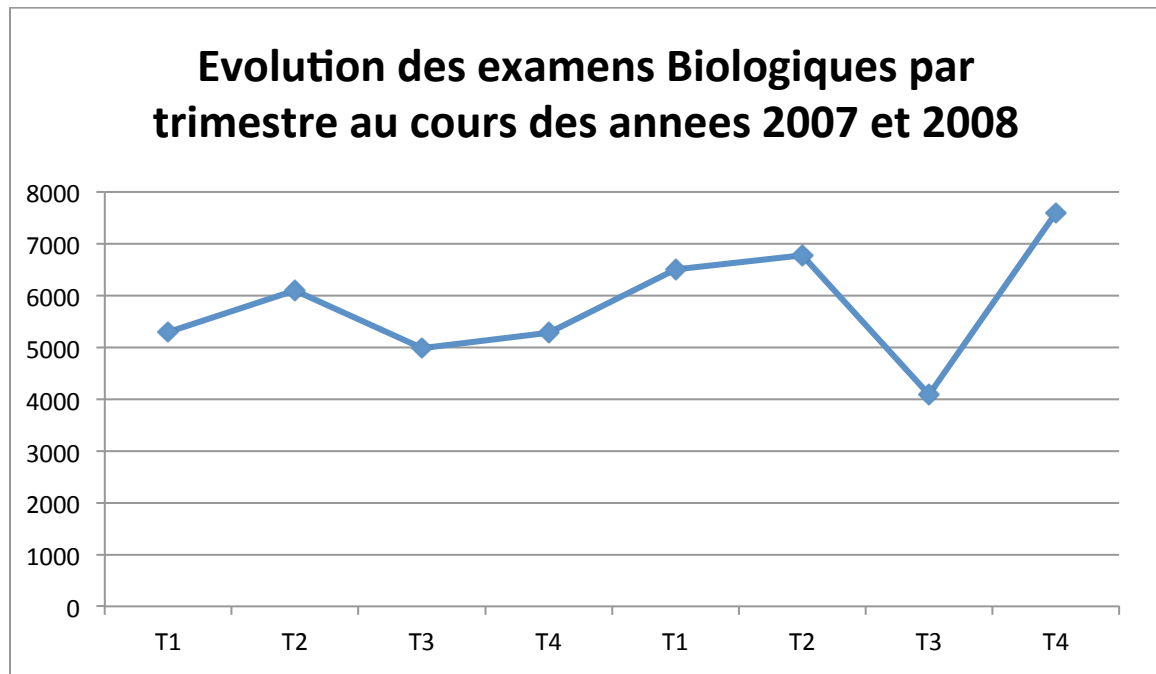
Source : statistiques HST 2007- 2008

Le nombre d'accouchements a augmenté à l'HST. Le projet SOG pourrait être à la base de cette évolution. Paradoxalement, le volume de césariennes est resté stationnaire. L'HST arrive à gérer le flux de gestantes qui fréquentent la maternité en installant des lits dans le couloir attenant à la maternité.

**Evolution des examens d'imagerie par trimestre au cours des années 2007 et 2008**



*Source : statistiques HST 2007- 2008*



*Source : statistiques HST 2007- 2008*

Ces deux derniers graphes montrent une augmentation du volume des examens de diagnostic. Ce qui est en conformité avec l'élévation des consultations générales. Cependant au cours du troisième trimestre pour les deux années, les examens biologiques ont diminué. Parallèlement, pour cette même période il y a une augmentation des examens d'imagerie qui se limitent d'ailleurs à des clichés radiologiques. La diminution du nombre de clichés s'explique par le dysfonctionnement de l'appareil durant cette période.

**POURCENTAGE D'EVOLUTION DU NOMBRE DE SERVICES PRODUITS A L'HST ENTRE L'ANNEE 2007 ET L'ANNEE 2008**

<b>VARIABLES</b>	<b>ANNEE 2007</b>	<b>ANNEE 2008</b>	<b>% EVOLUTION</b>
nombre de consultations externes	<b>14043</b>	<b>18139</b>	29.2 %
nombre de consultations prénatales	<b>4173</b>	<b>7327</b>	75.6
nombre de consultations dentaires	<b>440</b>	<b>508</b>	15.5%
nombre de consultations aux urgences	<b>818</b>	<b>1115</b>	36.3 %
nombre d'admissions	<b>1593</b>	<b>2331</b>	46.3 %
nombre d'interventions chirurgicales	<b>345</b>	<b>328</b>	- 5 %
nombre d'accouchements	<b>536</b>	<b>947</b>	76.7
nombre de césariennes	<b>87</b>	<b>87</b>	0 %
nombre de examens biologiques	<b>21643</b>	<b>24795</b>	14.6%
nombre de clichés radiologiques	<b>1733</b>	<b>1602</b>	- 7.6 %

**Question**

**Ce volume de services correspond-il aux besoins réels de la population desservie?**

**2-2 PRODUCTIVITÉ**

Cette sous-dimension de la production renseigne sur le degré d'optimisation des ressources pour produire des services qui répondent aux besoins de la population. Nous



avons mesuré quatre indicateurs de productivité: la proportion du temps rémunéré qui est consacré aux activités de clinique externe par les médecins, le ratio d'actes chirurgicaux par les spécialistes par jour, le taux d'occupation des lits de même que la durée moyenne de séjour. (DMS).

Cette étude a démontré que la productivité à l'HST est très préoccupante même si elle a évolué positivement entre les deux années. Elle est caractérisée par une très faible proportion du temps rémunéré consacré aux activités de clinique par jour par les médecins et les infirmières sages femmes, un ratio d'actes par spécialistes par jour insignifiant, une sous utilisation des lits d'hospitalisation. Les tableaux et graphes suivants résument le calcul de la productivité de l'HST pour la période couverte par l'étude.

**Tableau 2 Proportion de temps rémunéré consacré aux activités de consultation externe et prénatale et dentaire par jour**

<b>PERIODE</b>	<b>Consultation externe/ médecin généraliste</b>	<b>Consultations prénatales / infirmière sage femme</b>	<b>Consultations dentaires/ dentiste</b>
Année 2007	1h 37 min	1h 22 min	30 minutes
Année 2008	2h 16 min	2h 32 min	30 minutes

*Source : statistiques HST 2007- 2008*

**Tableau 3 Ratio de consultation par prestataire et par jour de travail**

<b>PERIODE</b>	<b>Consultation externe</b>	<b>Consultations dentaires</b>	<b>Consultations prénatales</b>
Année 2007	9.7	1.8	8.2
Année 2008	13.6	2.1	15.2

*Source : statistiques HST 2007- 2008*

**Tableau 4 Ratio d'actes par spécialiste et par jour de travail**

<b>PERIODE</b>	<b>Césariennes</b>	<b>Interventions chirurgicales</b>	<b>Extractions dentaires</b>
Année 2007	0.1	1	0.3
Année 2008	0.1	0.9	0.3

*Source : statistiques HST 2007- 2008*

Bien que les consultations par prestataires pendant l'année 2008 aient augmenté par rapport à 2007, la productivité de l'HST reste faible. Le nombre d'interventions réalisées en moyenne par obstétricien gynécologue par jour est presque nul. Quant aux chirurgiens et aux dentistes le nombre d'actes posés est inférieur à l'unité. Ainsi, les ressources spécialisées n'ont pas été utilisées de manière optimale au cours des années couvertes par l'étude.

**Tableau 5 Ratio d'examens de diagnostic par prestataire par jour au cours des années 2007 et 2008**

<b>PERIODE</b>	<b>cliches radiologiques</b>	<b>examens biologiques</b>
<b>ANNEE 2007</b>	2.3	10
<b>ANNEE 2008</b>	2.1	10

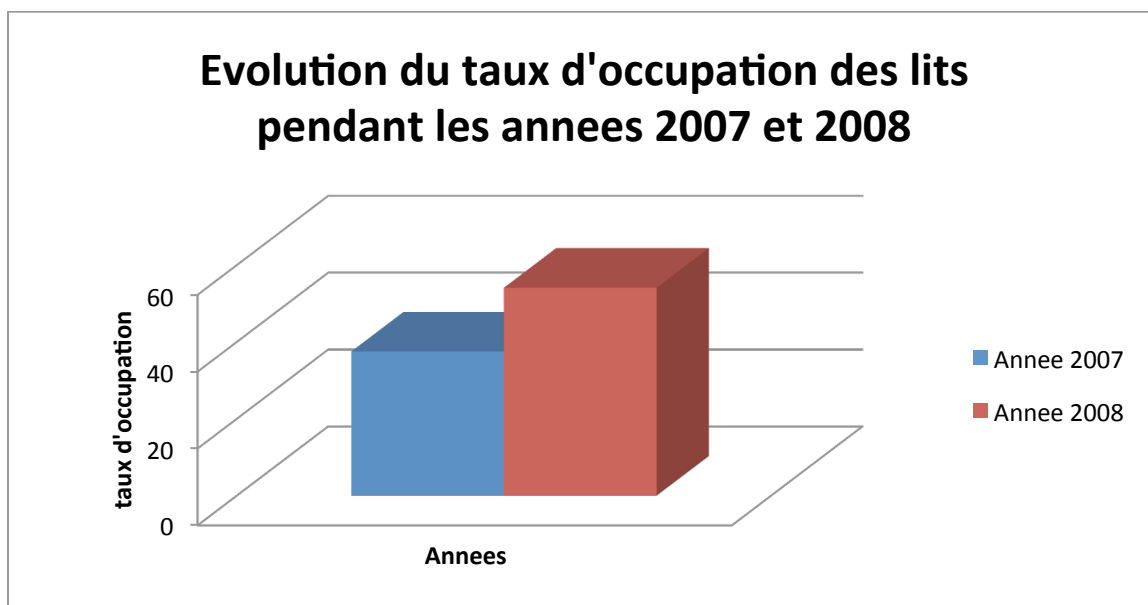
*Source : statistiques HST 2007- 2008*

Le service de labo parait plus productif si on considère la technologie utilisée à l'HST, Cependant, le poids des examens réalisés gratuitement pour les maladies sous contrôle des programmes verticaux et pour lesquels en général la disponibilité d'intrants est garantie. est à prendre en compte dans cette performance.

**Tableau 6 Evolution du taux d'occupation des lits et de la durée moyenne de séjour au cours des années 2007 et 2008**

<b>Période</b>	<b>Durée moyenne de séjour</b>	<b>Taux d'occupation des lits</b>
Année 2007	3.4	37.5%
Année 2008	3.4	54.1%
% évolution	0%	44.2 %

*Source : statistiques HST 2007- 2008*



Nous constatons que le taux d'occupation des lits en 2007 a connu une progression de 44% au cours de l'année 2008. Malgré cette hausse, nous estimons que les lits n'ont pas été utilisés de manière optimale au cours des années couvertes par l'étude. Les principales causes à la base de ce déficit de productivité pourraient être une sous utilisation du service d'hospitalisation par la population, une sous notification des jours d'hospitalisation.

La durée moyenne de séjour est d'environ trois (3) jours. Ce qui paraît un peu paradoxal, les haïtiens n'utilisant les services de l'hôpital que lorsque toutes les recettes maison se sont montrées inefficaces. On pourrait juger d'une certaine performance à ce niveau, vu que les risques d'infection nosocomiale augmentent proportionnellement avec la durée moyenne de séjour.

**Qu'est ce qui explique cette faible productivité de l'HSTM?**

**Quelle serait la démarche à adopter par l'HSTM pour parvenir à une plus grande quantité de services par unité de ressources ?**

## **2-3 QUALITÉ**

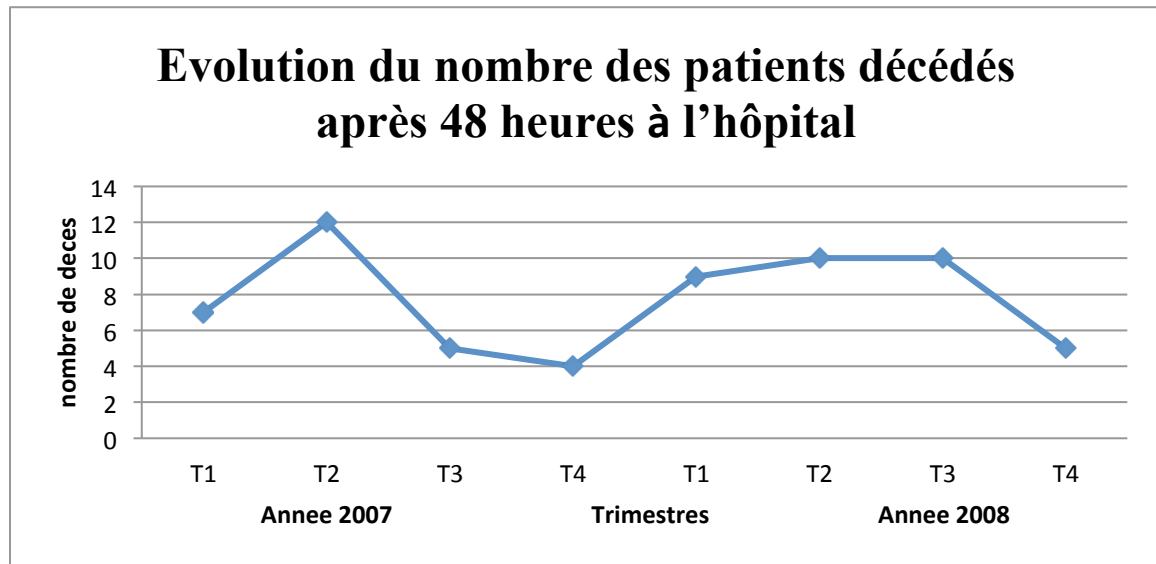
Un hôpital performant doit pouvoir offrir des soins de qualité à la clientèle. Les résultats d'analyse de cette sous dimension sont présentés en tenant compte de deux aspects : la qualité technique et la qualité non technique

### **2-3-1 Qualité technique**

La qualité technique est mesurée en fonction de trois indicateurs : le taux de mortalité intra hospitalière, le degré auquel l'hôpital favorise l'accroissement des connaissances du personnel, le respect des principes de prévention de l'infection (PI) comme la présence ou l'utilisation de l'eau chlorée pour la décontamination du matériel et le taux d'infections post opératoires. Nous avons dû abandonner ce dernier indicateur vu la difficulté d'accès aux dossiers patients de la période couverte par l'étude.

Les informations recueillies confirment une performance mitigée au niveau de la qualité technique caractérisée par une baisse du taux de mortalité même si nous constatons qu'en chiffres absolu, les décès ont augmenté à l'HST, la non observance des principes de décontamination du matériel souillé, et l'absence d'un plan de formation continue du personnel. Cependant les entrevues nous ont appris que dans le cadre de la prise en charge des PVVIH, l'HST a adopté la stratégie HIVQUAL qui permet de faire le suivi de certains indicateurs préalablement définis. Le DM prévoit d'appliquer cette stratégie à toute l'institution.

## Taux de mortalité intra hospitalière



Source : statistiques HST 2007- 2008

**Tableau 7 Evolution du taux de mortalité a l'hôpital au cours des deux dernières années**

Période	TAUX DE MORTALITE INTRAHOSPITALIERE
Année 2007	17.6 / pour 1000
Année 2008	14.5 pour 1000

Source : statistiques HST 2007- 2008

La tendance à la baisse du nombre de décès à l'HST au cours de l'année 2007 a changé au cours des trois premiers trimestres de l'année 2008. Cependant avec l'augmentation parallèle du nombre d'admissions, le taux de mortalité a diminué par rapport à l'année précédente. A noter qu'un fort pourcentage de décès est dû à la septicémie néonatale.

**Qu'est-ce qui empêche l'HSTM de procéder à la revue des décès ?**

## **Degré auquel l'HST favorise l'accroissement des connaissances du personnel**

Les entrevues avec les cadres de l' HST nous ont permis de constater qu'au niveau de l'hôpital Ste Thérèse, il n'existe aucun plan de formation continue du personnel. Cependant l'hôpital ne s'oppose pas à la démarche d'un employé qui désire se perfectionner. Nous retrouvons au niveau de l'hôpital un chirurgien dentiste diplômé du DESS et une infirmière cadre diplômée en gestion hospitalière. De plus, actuellement deux cadres de l'hôpital sont en formation en épidémiologie et en gestion hospitalière.

**Quel type d'encadrement l'hôpital fournit-il aux prestataires de soins directs, au personnel administratif et aux autres employés dans le cadre de l'amélioration de leur performance?**

### **2-3-2 Qualité non technique**

Ce travail nous a permis de constater que la recherche de la qualité non technique est très relative à L'HST. Cette situation est démontrée à travers l'insatisfaction exprimée par la majorité des patients par rapport à l'accueil, l'accessibilité temporelle, le respect de la dignité et par rapport à certains aspects logistiques comme les conditions d'attente, la disponibilité des médicaments et le désengagement de l'HST dans la restauration des patients hospitalisés.

### **L'accueil**

Il n'existe aucun service d'accueil au niveau de l' HST. Le premier contact du patient avec l'hôpital est l'agent de sécurité. La majorité des patients interviewés ont exprimé leur insatisfaction par rapport au manque de respect dont ils sont victimes. Certains membres d'association féminines et même certaines gestantes associent le non respect des femmes enceintes au fait que les soins obstétricaux soient gratuits

## **L'accessibilité temporelle et financière**

Les entrevues et observations nous ont permis de constater des barrières à l'accessibilité temporelle. Le temps d'attente en clinique externe et en prénatale est excessivement long et inoccupé. Un patient peut arriver à l'hôpital très tôt et attendre plus de trois heures de temps avant de se faire examiner. Les entretiens avec les gestantes en prénatale nous ont appris que fort souvent elles laissent l'hôpital sans avoir bénéficié des services requis à cause de l'indisponibilité des prestataires. À remarquer que selon les normes, la clinique externe et la clinique prénatale fonctionnent à partir de neuf (9) heures du matin.

28 % des interviewés ont signalé l'existence d'un réseau de racketteurs à l'accueil et à l'entrée de l'hôpital pour réclamer les frais de consultation. Pour ces derniers « il faut être très intelligent pour ne pas payer ces frais plusieurs fois.

Par ailleurs, selon l'avis de l'ensemble des personnes interviewées au cours de cette enquête, le coût des services à l'hôpital Ste Thérèse est très abordable à l'exception du service de laboratoire et de radiologie.

## **Perception des patients de l'HST par rapport à certains aspects logistiques**

### **Les conditions d'attente**

Les opinions des patients sont partagées par rapport aux conditions d'attente. 42 % d'entre eux les estiment satisfaisantes, 31 % les trouvent plus ou moins satisfaisantes et 27% trouvent qu'elles ne sont pas du tout satisfaisantes.

### **La disponibilité de médicaments**

61% des patients interrogés ne sont pas du tout satisfaits du service fourni à la pharmacie de l'HST. Ils se plaignent de la non disponibilité chronique de médicaments, ce qui les oblige à utiliser les services de pharmacie privée.



### **La propreté des locaux**

72 % des patients interviewés se déclarent satisfaits de la propreté des locaux. Cependant tous sont unanimes à reconnaître l'inconfort produit par la température élevée de la salle d'attente. Ils mentionnent une mauvaise gestion des déchets et se plaignent que les douches soient communes aux hommes et aux femmes. L'observation et les entretiens nous ont permis en plus de constater la non conformité des locaux aux normes. A titre d'exemple, la salle affectée à la maternité d'une superficie de 36 mètres carrés abrite neuf lits alors que la norme est de 6 m<sup>2</sup> par lit pour ce service. (PMS)

### **La disponibilité des repas**

Depuis plus de six mois, les patients hospitalisés ne bénéficient d'aucune forme de nourriture de l'hôpital. Les accompagnateurs se chargent de cette tâche. Ils sont donc très nombreux à envahir l'espace et s'adonnent à toutes sortes d'activités domestiques pour répondre aux besoins de leurs proches que l'hôpital arrive difficilement à combler. Cette information a été vérifiée tant par l'observation que par l'entretien avec les malades et les responsables de la cuisine.

### **3- Fonction Atteinte des buts**

Selon le modèle choisi, cette dimension est liée à la capacité de l'organisation d'atteindre ses buts fondamentaux. Elle est représentée par des mesures d'équité, d'efficacité, d'efficience, de satisfaction des divers groupes d'intérêt comme la clientèle, les organismes régulateurs, les bailleurs et la population. Pour une organisation publique de santé, il s'agit théoriquement de l'amélioration de l'état de santé des individus et de la population. L'hôpital Ste Thérèse n'a pas encore initié de processus de planification. Ses buts ne sont pas clairement définis. L'analyse des résultats nécessaires à l'étude de cette dimension de la performance ne sera pas réalisée au cours de ce travail.

### **4. Fonction Maintien des valeurs**

Dans les institutions publiques de santé en Haïti, les valeurs prônées par la réforme du secteur santé comme l'équité, la solidarité et la justice sociale devraient être connues, comprises et adoptées par le personnel de manière à ce qu'elles puissent orienter leurs actions. De plus, un climat de travail sécuritaire et serein devrait permettre aux employés de se sentir en confiance pour dispenser des services de qualité aux patients.

#### **4-1 Consensus interne autour des valeurs fondamentales d'équité, de justice sociale et de solidarité**

*Ce travail nous a permis de constater que la quasi-totalité des employés interviewés ignorent les valeurs véhiculées par la réforme du secteur santé. Cependant la solidarité paraît être mise de l'avant à l'HST, 80% des demandes d'exonération sont agréées même quand les critères d'éligibilité ne sont pas formalisés. Par contre, les soins sont fournis sans souci d'équité. Ces informations ont été recueillies lors des entrevues avec le personnel cadre et les employés.*

Par ailleurs, tout le personnel de l'HST partage l'idée et s'entend sur la présence permanente d'un proche auprès des patients hospitalisés ; cela pourrait traduire un certain degré d'empathie ou d'humanisation dans les services. Cependant on s'interroge sur

l'existence d'une culture de méfiance des usagers par rapport au personnel ou une culture de désengagement de l'HST de fournir certains soins infirmiers de base aux patients hospitalisés. Les entrevues nous ont appris que le plus souvent ces accompagnateurs remplacent le personnel pour les soins de base et préparent à manger pour leur proche sur la cour de l'hôpital. Toutefois, leur gestion pose de réels problèmes à l'hôpital Ste Thérèse de Miragôane. Ils sont exposés à l'insécurité, l'insalubrité. Ils font la cuisine et la lessive sur la cour de l'hôpital. Pour se reposer, ils utilisent les lits non occupés dans les salles d'hospitalisation.

### **Questions**

**Qu'est-ce qui pourrait être fait pour rallier le personnel de l'HST autour des valeurs prônées par la réforme du secteur santé ?**

**Dans la perspective d'offrir des soins globaux et de qualité centrés sur le patient et sa famille, qu'est-ce qui pourrait être fait pour améliorer la gestion des accompagnateurs à l'HST ?**

#### **4 -2 Préoccupation pour la santé des employés**

*Dans le cadre de ce travail, les informations collectées nous ont permis de constater que l'hôpital se préoccupe un peu de la santé des employés. En effet, il dispose de plusieurs trousse de prise en charge des accidents d'exposition au sang (AES) Un employé sur l'ensemble a été notifié comme victime d'AES et la prise en charge a été effectuée selon le protocole en vigueur dans l'institution. Cependant il n'existe aucun mécanisme d'incitation ni de programme de promotion de la santé du personnel ont déclaré 80% des employés.*

Six (6) agents de sécurité prêtent leur service au niveau de l'HST. Ils sont présents vingt quatre heures sur vingt quatre mais ne disposent d'aucun équipement ni de matériels leur permettant de faire face aux situations d'insécurité au cas où elles se produiraient.

60% des employés estiment que l'HST ne peut pas être considéré comme un milieu de travail sécuritaire.

#### **Questions :**

**Comment expliquer le peu d'attention accordée à la sécurité des employés au niveau de l'HST ? Est-ce un problème de culture, de sensibilisation ou de motivation des dirigeants ?**

**Qu'est-ce qui pourrait être fait pour garantir le droit à la santé et à la sécurité des employés au sein de l'HST ?**

#### **4-3 Climat de collaboration**

*A l'HSTM, 90% des employés déclarent qu'ils n'ont jamais eu la chance de participer dans les travaux en équipe voire dans les processus de prise de décision. Les réunions organisées sont surtout des réunions d'information au cours desquelles les décisions prises sont transmises au personnel. Le processus de décision est donc très centralisé.*

## Questions

**Comment expliquer le manque d'implication du centre opérationnel de l'HST dans les processus de prises de décision ?**

**Qu'est-ce qui pourrait être fait pour promouvoir l'importance du travail en équipe à l'HST et améliorer le climat de travail ?**

**Tableau synthétique du niveau de performance constatée pour les différentes dimensions à l'HST**

<b>DIMENSIONS</b>	<b>SOUS DIMENSION</b>	<b>PERFORMANCE</b>
<b>PRODUCTION</b>	volume	Plus ou moins satisfaisante
	productivité	Très préoccupante
	qualité	Non satisfaisante
<b>ADAPTATION</b>	Acquisition ressource humaine	Plus ou moins satisfaisante
	Acquisition ressource matérielle	Plus ou moins satisfaisante
	Acquisition ressources financiers	Plus ou moins satisfaisante
	Adaptation aux besoins de la population	Non satisfaisante
<b>CULTURE ET VALEURS</b>	consensus sur les valeurs prônées par le PNSRSS	Non satisfaisante
	valeurs partagées	plus ou moins satisfaisante
	préoccupation pour la santé des employés	plus ou moins satisfaisante
	climat de collaboration	Non satisfaisante

Ce travail nous a permis d'identifier les forces et les faiblesses de l' HST au niveau des quatre dimensions de la performance.

<b>FONCTION</b>	<b>FORCES</b>	<b>FAIBLESSES</b>
<b>ADAPTATION</b>	<p>Apport de ressources additionnelles par les projets</p> <p>Expérience et compétence de la plupart des cadres</p> <p>Majorité du personnel réside à Miragoane</p>	<p>inadéquation de certaines ressources humaines avec les besoins de l'institution</p> <p>sous utilisation des RH</p> <p>Sous utilisation des capacités</p> <p>Faible capacité dans la maintenance préventive et curative des équipements et des véhicules</p> <p>Infrastructure inadaptée</p> <p>Déficiences du système d'information</p> <p>Inexistence de budget</p> <p>Non documentation des recettes internes</p> <p>Inexistence de processus d'identification des besoins de la communauté</p> <p>Déficiences du système de référence/ contre référence</p>
<b>PRODUCTION</b>	<p>Augmentation graduelle du volume d'activités</p>	<p>Population de desserte non définie</p> <p>aucune planification de la production</p> <p>Gestion de la qualité déficiente</p> <p>Gestion inadéquate des déchets</p> <p>Pas de revue des décès</p>

		Très faible productivité des ressources
--	--	---

<b>FONCTION</b>	<b>FORCES</b>	<b>FAIBLESSES</b>
<b>ATTEINTE DES BUTS</b>		<p>Buts de l'HSTM non définis</p> <p>Absence de plan directeur</p>
<b>MAINTIEN DES VALEURS</b>	Valeur de solidarité mise de l'avant par les cadres	<p>Ignorance du personnel des valeurs prônées par la réforme du secteur santé</p> <p>Non imputabilité du personnel prestataire</p> <p>absentéisme</p> <p>processus de prise de décision centralisé</p> <p>Préoccupation pour la santé des employés très faible</p> <p>Pas de mécanisme d'incitation des employés</p> <p>leadership laissez faire</p> <p>Existence de racket à l'entrée de l'hôpital</p> <p>Stigmatisation par les pairs</p> <p>Désengagement de l'HST par rapport aux soins infirmiers de base</p>

Tous ces dysfonctionnements constatés traduisent un déficit de performance au niveau de chacune des dimensions étudiées. Comme relaté dans la littérature, il existe un lien certain entre la gouvernance et le degré de performance d'une organisation. La gouvernance hospitalière peut être définie comme l'ensemble des « systèmes et pratiques qui permettent aux acteurs de développer une représentation plausible de leur devenir, de connecter et d'implanter des stratégies efficaces de changements et de s'appuyer sur des valeurs productrices de confiance et de solidarité ». (Budet 2003)

Selon Sicotte et al 1998, la gouvernance vise à maximiser la performance du système. La gouvernance introduit la notion de pouvoir partagé, afin de résoudre les problèmes de coordination des actions collectives, dans un environnement incertain et en mutation, au sein duquel évoluent des individus aux intérêts et aux logiques différents. (Chauvancy Marie-Claire janvier 2009)

Par ailleurs, la théorie de Rensis Likert repose sur la notion que les pratiques de gestion axées sur la participation entraînent une meilleure performance organisationnelle. Cette théorie admet ainsi que la meilleure approche de gestion consisterait en une approche participative et que de meilleures pratiques de gestion conduiraient à une meilleure performance organisationnelle.

La culture qui existe au sein d'une organisation et les mesures d'incitation qui y sont offertes contribuent à la motivation organisationnelle. A ce niveau ces auteurs insistent sur la notion de motivation organisationnelle comme soupape à la performance organisationnelle. Pris ensemble, ces facteurs comme les pratiques de gestion participative et la motivation organisationnelle qu'elles créent donnent à l'organisation sa personnalité et influent sur sa performance et sur la qualité de son travail. (CRDI Evaluation organisationnelle)



## Causes des déficits constatés à l' HSTM

DIMENSION	DEFICIT	CAUSES
ADAPTATION	<p>Inadéquation de certaines ressources humaines avec les besoins de l'institution sous utilisation des RH</p> <p>Sous utilisation des capacités</p> <p>Faible capacité dans la maintenance préventive et curative des équipements et des véhicules</p> <p>Inexistence de budget</p> <p>Non documentation des recettes internes</p> <p>Inexistence de processus d'identification des besoins de la communauté</p>	<p>Inexistence d'un plan de gestion des ressources humaines</p> <p>Absence de plan d'entretien du matériel et d'équipement</p> <p>Inexistence de plan stratégique</p> <p>Absence de culture de reddition de compte</p> <p>leadership laissez faire</p> <p>Priorisation des activités institutionnelles</p> <p>Faible importance accordée à la population en tant qu'acteur</p>

	Déficiences du système de référence/ contre référence	faible intégration des soins au niveau du système
Production	<p>Ignorance de la population desservie par l' HST</p> <p>aucune planification de la production</p> <p>Rupture de stock en intrants</p> <p>Déficit de qualité au niveau des soins</p> <p>Gestion inadéquate des déchets</p> <p>Très faible productivité des ressources</p>	<p>Sous utilisation de l'information</p> <p>Absence de buts</p> <p>Capacité limitée en gestion des intrants</p> <p>Infrastructure inadaptée</p> <p>Gestion de la qualité déficiente</p> <p>Absence de feed back aux prestataires</p> <p>Mauvaise répartition des ressources</p> <p>Non imputabilité des prestataires</p> <p>leadership laissez faire</p>

## **PISTES DE REFLEXIONS POUR UNE AMELIORATION DE LA PERFORMANCE A L'HST**

La plupart des causes de déficit constatées relèvent d'une déficience de la gouvernance au niveau de l'HST. En guise de recommandations, nous proposons aux gestionnaires certaines pistes de réflexions susceptibles de leur servir de guide dans toute démarche d'amélioration de la performance de l'établissement. Ces derniers doivent surtout comprendre que l'atteinte d'un degré de performance dans une dimension peut quelquefois réduire la performance dans une autre dimension. De même certaines orientations adoptées peuvent agir en même temps sur l'une ou l'autre de ces dimensions. C'est ce qui explique pourquoi nous n'avons pas produit de réflexions spécifiques à chacune des dimensions de la performance.

### **Court terme**

- 1- La conception et la mise en œuvre d'un système de gestion des recettes internes permettrait à l'HST de mieux documenter les entrées et sorties de fonds. Il utiliserait pour ce faire les compétences du comptable rémunéré par le projet PEPFAR. Cette démarche lui permettrait de disposer à tout moment d'informations nécessaires à toute prise de décisions financières.
- 2- La mise en place d'une stratégie de communication avec la communauté à travers des rencontres périodiques avec les élus locaux, les groupes organisés, et les leaders permettrait de créer un espace d'échanges au cours duquel seraient débattus la plupart des problèmes liés aux besoins de la population et des difficultés auxquelles est confronté l'hôpital.
- 3- Le climat organisationnel pourrait s'améliorer à travers l'initiation d'un processus de valorisation et de motivation du personnel par la mise sur pied de mécanismes d'incitation, comme la participation aux processus de prise de décision, l'élection de l'employé de l'année, l'octroi de prime et de bourse d'étude, la conciliation travail – étude ou travail - famille

- 4- Le renforcement de la lutte contre la stigmatisation doit tenir compte de la sensibilisation du personnel prestataire sur la prise en charge des PV VIH.
- 5- La revue systématique des décès constitue une étape importante dans une démarche d'amélioration de la qualité
- 6- La création d'un comité d'assainissement avec un mandat bien défini pourrait aider à faire de l'hôpital un milieu plus propre et plus sécurisant pour le personnel comme pour les patients

### **Moyen terme**

- 1- L'initiation d'un processus de planification incluant la précision des objectifs et des priorités, la détermination des moyens et des ressources nécessaires pour les réaliser constitue une bonne stratégie de gestion axée sur les résultats. La recherche d'appui technique auprès du niveau central et des partenaires pourrait s'avérer nécessaire.
- 2- La promotion d'un modèle de gestion participatif axé sur les résultats, avec l'implication des médecins et du personnel cadre contribuerait à responsabiliser le personnel sur l'obligation de reddition de comptes.
- 3- La création d'un mécanisme de rétro-alimentation avec les principaux acteurs internes et externes sur les résultats obtenus par l'HST contribuerait à créer une culture d'imputabilité à l'interne et l'établissement d'un climat de confiance au sein de la population et améliorerait la productivité.
- 4- La recherche d'appui financier pour le diagnostic, la réparation et l'entretien des véhicules contribuerait à améliorer la disponibilité de moyens de transport nécessaires à l'achat d'intrants.

### **Long terme**

Plaidoyer pour une nouvelle orientation des buts de l'HST et la construction d'un hôpital départemental moderne tenant compte des potentialités touristiques du département des Nippes

## **Conclusion**

Le centre de santé à lit (CAL) de Miragoane créé en 1980 est dénommé hôpital départemental suite à la promulgation en 2003 de la loi créant le département des Nippes. Cette mesure ne s'est pas accompagné de modification adéquate ni des structures encore moins des modalités de gestion l'habilitant à remplir cette nouvelle fonction. Le bilan de performance de cette institution à partir des données recueillies au cours de ces deux dernières années est très peu reluisant. Les buts de cette institution n'étant pas définis il devient très difficile d'interpréter les données liées aux autres dimensions telle l'augmentation du volume de production.

Toutefois en dépit de l'exigüité de sa structure physique, l'hôpital dispose d'assez de ressources pour améliorer sa performance. Il possède à son actif des membres du plateau technique expérimentés, pour la plupart résidant à Miragoane, tous apparemment intéressés au progrès de l'hôpital. Pour y arriver, l'hôpital doit se doter d'un plan stratégique définissant clairement ses buts et passant par l'amélioration de ses processus stratégiques. Il est enfin incontournable de rechercher l'implication de la population qui à travers les groupes organisés expriment sans détour, leur vision de l'hôpital et comptabilise au fil des temps les progrès et les motifs de leurs insatisfactions de cette institution. Il demeure certain que la problématique de fond abordée ici est symptomatique de tous les hôpitaux départementaux. On serait tenté de croire que ce marasme est la conséquence du dysfonctionnement du système de santé haïtien qui relève d'une crise chronique de sa gouvernance.

Cependant, faudrait-il à chaque fois faire porter au système le poids de tous les dysfonctionnements des établissements de santé ? Quelle serait alors la contribution de chaque composante à la performance de l'ensemble ? Cette conclusion est assez partielle. D'autres études devraient être réalisées en vue d'apporter des compléments d'information qui nous manquent aujourd'hui...

