

**Programme de formation en management et
gestion des services de santé en Haïti
(DESS-MGSS)**

Travail de fin programme

**LES STRATEGIES POUR AMELIORER LA GESTION DU
CENTRE HOSPITALIER LA RENAISSANCE**

Présenté par :

Josie AMAZAN
Blonde BENOIT
Jimmy BEAUBRUN
Yvrose Joseph CHRYSOSTOME
Junie LAFOREST

SOMMAIRE

Résumé

- 1.** Généralités
 - a) Introduction
 - b) Cadre du travail
 - c) Objectifs
 - d) Présentation de l'institution
 - e) Contexte général
- 2.** Problématique
- 3.** Méthodologie
- 4.** Exposé du problème
- 5.** Hypothèses causales
- 6.** Cadre conceptuel
- 7.** Données de l'analyse
- 8.** Analyse et résultats
- 9.** Options d'intervention
- 10.** Modèle théorique
- 11.** Préalables
- 12.** Stratégies
- 13.** Recommandation
- 14.** Conclusion
- 15.** Annexe

ABREVIATIONS ET SIGLES

| | |
|---------|--|
| ACDI | Agence canadienne de développement international |
| CHLR | Centre Hospitalier la Renaissance |
| CSAM | Coordination sanitaire de l'aire métropolitaine |
| COL VOL | Collaborateur Volontaire |
| DSO | Département sanitaire de l'Ouest |
| EMMUS | Enquête morbidité, mortalité et utilisation des services |
| FDCHC | Fond de Contrepartie Haïti Canada |
| HCR | Hôpital Communautaire de référence |
| HUEH | Hôpital de l'Université d'Etat d'Haïti |
| IHE | Institut Haïtien de l'Enfance |
| MSPP | Ministère de la Santé Publique et de la Population |
| PMS | Paquet Minimum de Services |
| SSPE | Service de Santé de premier échelon |
| UCS | Unité Communale de Santé |

RESUME

Le système de santé haïtien en ce début du 21ème siècle est confronté à un ensemble de problèmes les uns aussi urgents que les autres, rendant ainsi difficile toute priorisation. L'absence d'une couverture médicale généralisée, l'insuffisance de ressources financières, le déficit quantitatif et qualitatif de ressources humaines et l'insuffisance des infrastructures, etc... ont porté le MSPP à entreprendre une réforme. Face aux contraintes découlant des faiblesses budgétaires et des exigences sociopolitiques, cette réforme, enclenchée en 1995, n'a pu satisfaire qu'en partie les besoins et demandes de la population.

Dans ce contexte, le CHLR, conçu pour suppléer les carences en institutions du système, est érigé sur les cendres du Centre de santé de la Cathédrale dans la zone métropolitaine. Après deux ans d'inauguration, elle n'arrive pas à fonctionner à la hauteur des attentes de la population de desserte. Il y sévit une situation complexe dont les causes sont multiples et à partir de laquelle ressort nettement l'impact de la gestion sur le devenir de l'institution. Pour y remédier, une étude a été entreprise afin d'apporter des éléments de réponse.

Afin de réunir les informations nécessaires à la réalisation de cette étude, nous avons entrepris un ensemble d'activités tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'institution incluant des consultations de dossiers, des interviews et des revues de littérature. Il a été également retenu un cadre conceptuel qui met en exergue la fonction administrative pour une meilleure gestion des organisations.

Au terme de l'étude, nous avons proposé des stratégies pour améliorer la gestion du CHLR en mettant l'accent sur la fonction de Direction. Ainsi, nous espérons apporter des changements positifs dans le management de l'organisation au bénéfice de la population de desserte du CHLR et du système haïtien dans son ensemble.

1. Généralités

INTRODUCTION

A l'instar des autres secteurs de la vie nationale, le secteur de santé haïtien traverse une crise profonde. Sa situation déjà difficile s'est aggravée avec la crise économique et politique. L'état de santé des groupes les plus vulnérables est particulièrement préoccupant aussi bien en milieu rural qu'en milieu urbain. Cette situation s'explique par les nombreuses faiblesses du secteur : absence d'une couverture médicale généralisée, insuffisance des ressources financières, déficit quantitatif et qualitatif de ressources humaines, disparités dans la géodémographie médicale, carte sanitaire obsolète, mauvaise maintenance biomédicale, indigence de la réglementation, insuffisance en infrastructures.

Devant cet état de fait, le Ministère de la Santé publique a entrepris plusieurs réformes dont la dernière met l'emphase sur les Unités Communales de santé (UCS). Ces unités représentent des réseaux groupant plusieurs institutions de santé.

Le fonctionnement du réseau de la santé dans son ensemble représente, en ce début de millénaire, une problématique réelle et importante pour les secteurs privés et publics oeuvrant dans le domaine, un défi pour les gestionnaires appelés à évoluer dans le système de santé haïtien. Les structures publiques occupent 34%, le privé, 40% de la pyramide nationale gérée par le MSPP avec 52% pour le département de l'Ouest (Source MSPP 1997). Dans la zone métropolitaine on retrouve 63 centres de santé, 20 hôpitaux parmi lesquels 3 hôpitaux universitaires pour répondre aux demandes de soins d'une population de 2, 045,893 habitants (EMMUS I, II, III). Au nombre de ces institutions publiques figure le centre hospitalier la Renaissance, objet de l'étude.

Cadre du travail

Au terme du programme de DESS/MGSS, un groupe d'étudiants finissants a retenu comme projet d'intervention de faire une étude sur la gestion du centre hospitalier la Renaissance. Dans cette optique, le groupe a été appelé à jouer le rôle de consultants et a reçu du Directeur médical de l'institution, le mandat d'élaborer des stratégies visant à améliorer la gestion de l'institution.

Les objectifs de travail

- a) Identifier les modes de gestion du CHLR
- b) Produire un document comportant des stratégies et des recommandations relatives à la gestion de l'institution permettant de fournir des services qui répondent aux besoins de la clientèle

* ¹ Le modèle des unités communales de santé a été initié en 1995 est un système intégré de santé dont les caractéristiques de structures et de fonctionnement s'apparentent aux systèmes locaux de santé (SYLOS) développe en Amérique latine et au modèle de district opérationnel de l'OMS développe dans la plupart des pays d'Afrique.

Présentation de l'institution

Le Centre Hospitalier La renaissance est situé en plein centre-ville, au coeur du centre commercial de Port-au-Prince, angle rue Courte et rue Dr Aubry, à proximité des bidonvilles du Bel air, de Saint-Martin, de Poste Marchand, de Sans-fil et de Fort National. Il est situé à moins d'un Km du centre de santé « Aurore du Bel air » et du plus grand centre hospitalier du pays, « l'HUEH ». Le Centre Hospitalier la Renaissance a été érigé de 2001 à 2003 dans le cadre du projet de reconstruction du centre de santé de la Cathédrale détruit dans un incendie en août 19.

Le CHLR est une institution publique de santé qui relève actuellement de l'autorité de la direction départementale de l'Ouest. On n'a pas retrouvé de documents officiels définissant la population de desserte du CHLR. Toutefois, dans une tentative de délimitation, on lui attribue la population des bidonvilles environnants Saint Martin, Bel air, Poste Marchand, Sans-Fil et Fort National.

Selon le directeur de l'institution, sa mission est de « décongestionner l'Hôpital de l'Université d'état d'Haïti ». Pour accomplir cette mission, le CHLR dispose d'un effectif de 46 employés repartis comme suit :

- Personnel médical pluridisciplinaire
- Personnel infirmier
- Personnel administratif
- Personnel des services de support
- Personnel de soutien, en majorité des contractuels

L'offre de service consiste en des soins essentiellement ambulatoires comprenant la gamme de services suivant :

- Les soins curatifs de base consistant en des Consultations générales pour les quatre services de base : Pédiatrie, Médecine Interne, Chirurgie, Obstétrique et Gynécologie
- Les soins et services préventifs : Vaccination, Soins prénataux, Planning familial, IEC, Nutrition
- Les services auxiliaires de diagnostic : Pharmacie, Laboratoire, Radiologie

En terme d'infrastructures, le CHLR dispose de 23 lits destinés à offrir des services d'hospitalisation en médecine interne, chirurgie, obstétrique et pédiatrie, d'une salle d'opération, d'une salle d'accouchement.

Dans l'environnement organisationnel, il importe de souligner l'impact du climat social sur certaines demandes qui s'exercent au niveau de l'institution. L'insécurité et le banditisme dans l'environnement immédiat du CHLR ont aggravé les exigences du milieu par des urgences chirurgicales (traumatismes physiques) auxquelles les services ne sont pas en mesure de répondre efficacement, ainsi que des pathologies nouvelles liées aux désordres neuropsychologiques et mentaux. En effet, le profil socio sanitaire de la population du secteur confirme la relation qui existe entre la précarité des conditions socio-économiques des populations et la prévalence des problèmes de santé.

Contexte général

En 2004, Haïti est le pays le plus pauvre de l'hémisphère occidental. La pauvreté atteint 57% des ménages en milieu urbain dont 38% sont extrêmement pauvres (1\$ par jour). Le désarroi du monde rural et la centralisation ont encouragé l'exode rurale qui est à

l'origine d'une bidonvilisation accélérée des grandes villes aggravant encore plus les conditions de vies déjà précaires de ces populations privées des éléments primaires d'existence : Electricité, eau potable, logement décent. (Rapport du PNUD sur les conditions de vie en Haïti, 2004)

Au niveau de la zone métropolitaine, le taux de chômage (40%) entretient des conditions socio-économiques qui servent de ferments à la délinquance, la criminalité liée à la consommation de drogue et à la manipulation politique. La surpopulation et la promiscuité, les violences et les problèmes familiaux créent des conditions propices au développement de maladies mentales et physiques.

En effet, l'espérance de vie selon les enquêtes EMMUS I, II, III réalisées par l'IHE ne dépasse pas 54 ans. Les dernières enquêtes sur la situation sanitaire reportent que la mortalité maternelle (523 décès maternels pour 100,000 naissances vivantes) et la mortalité infantile (84 pour 1000) sont excessivement élevées (EMMUS III)

Le profil épidémiologique en Haïti a toujours été dominé par les pathologies infectieuses et parasitaires qui ont un impact particulièrement négatif sur des populations vulnérables et déjà exposées à la malnutrition, à l'insécurité et à la précarité économique.

Au CHLR, le profil épidémiologique est constitué par les pathologies suivantes : IST, hernie, plaies par balle, parasitose, kyste, mastite, diabète, problèmes dentaires, gastrite, hypertension, grippe, pneumonie, typhoïde, gastroentérites, anémie, pyodermite. Ces pathologies représentent les principales demandes de la clientèle.

2. Problématique

Le centre hospitalier la Renaissance a été inauguré en 2003, soit sept ans environ après la réforme initiée par le MSPP dont la cheville ouvrière demeure la mise en réseau des institutions de santé. De fait, le statut du CHLR devrait se définir à travers ce cadre de référence. Paradoxalement, dans le même ordre d'idées, le CHLR est appelé à évoluer dans un réseau d'institutions de santé qui serait l'UCS, à propos de laquelle, aucun document officiel jusqu'à date n'atteste l'existence au niveau de la zone métropolitaine.

Au cours de ses 18 mois d'existence, quatre directeurs se sont succédés à la tête de l'institution rendant difficile la continuité administrative. Des investissements ont été consentis, pour la mise en place de cette institution tant par l'état haïtien que les bailleurs internationaux. Il est difficile de concevoir que le CHLR n'ait pu être gérée de façon à fournir des services à la clientèle après plus de dix huit mois d'existence. En effet, pour une population estimée à environ 300.000 habitants, la fréquentation moyenne ne dépasse pas quinze personnes par jour selon les registres de l'institution. Ce constat est paradoxal si l'on se réfère à la situation géographique du CHLR au cœur de la région métropolitaine de Port-au-Prince.

3. Méthodologie

Afin de réunir les éléments nécessaires à la réalisation de ce travail, nous avons réalisé un ensemble d'activités (réunions, rencontres, entrevues) tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du centre hospitalier La Renaissance.

Les données obtenues ont été recueillies à partir de différentes sources, soit des observations, des entrevues et des documents. D'abord, il a fallu environ cinq jours d'observation afin de bien assimiler le fonctionnement général des différents services, de la radiologie et de la pharmacie et des différents processus. Cette démarche a donné lieu à une douzaine d'entrevues avec le Directeur médical, la Responsable Ad Intérim des soins infirmiers, le nouvel Administrateur et le personnel affecté à la pharmacie et aux archives.

Il a été également prévu des rencontres avec les autres catégories de personnel et d'anciens directeurs de l'institution, mais elles n'ont pu être réalisées à cause de la conjoncture politique qui sévit dans le pays et qui constitue une contrainte majeure.

Par contre, trois des principaux intervenants engagés dans le processus d'adoption du projet ont été rencontrés individuellement : le gestionnaire de santé du Fond de contrepartie Haiti-Canada, le Directeur et l'assistant Directeur du Département Sanitaire de l'Ouest, le directeur de la firme Genesis travaillant sur le dossier.

Toutes les informations recueillies lors de ces trois entrevues ont été retranscrites et plusieurs documents ont été consultés, notamment : les rapports annuels de l'établissement, les registres journaliers ainsi qu'un document de synthèse du projet déposé au bureau du fond de contrepartie Haïti-Canada et des correspondances tenues entre ce bureau et le ministre d'alors.

L'analyse du contenu des entrevues et des documents collectés a permis de rétablir la chronologie des événements ayant mené à l'adoption du projet et permis de faire la lumière sur la gestion de l'institution.

Une revue de littérature scientifique, des ouvrages de référence, les documents électroniques, des revues ont été consultés sur les thèmes : gestion des organisations, fonction de direction, planification et ont permis d'asseoir un cadre conceptuel qui amorce la réflexion sur la gestion des institutions de santé.

Pour les besoins de l'analyse, nous scinderons la vie de l'institution en deux grands moments :

- La première : la phase de conception du projet de construction du CHLR
- La seconde : la phase post inaugurale du CHLR

Ces deux phases seront analysées successivement pour tenter de mettre en lumière tous les éléments explicatifs de la problématique évoquée, car les causes de la mauvaise gestion du CHLR revêtent plusieurs caractéristiques qui doivent être recherchées à la fois dans le présent de l'institution et dans son passé si l'on veut saisir toutes les nuances de la question.

4. Exposé du problème

La population de la capitale s'accroît, entraînant de fait une augmentation des besoins en santé de la population conséquemment une demande de services. De par sa position géographique, le CHLR a été appelé à jouer un rôle de premier plan dans l'univers médical métropolitain. Malgré le fait que l'institution offre quotidiennement certains services, à la veille de ses deux ans d'existence, elle ne s'est pas encore dotée des

structures organisationnelles adéquates pour pouvoir répondre à sa mission de délivrer des soins sur une base régulière et continue. Les répercussions de cette mauvaise gestion sont nombreuses. En attestent les faits suivants :

- Le CHLR dispose d'espace alloué à l'hospitalisation pour les quatre services de base, une salle d'opération et une salle d'accouchement, structures non utilisées. Les équipements et le matériel requis pour le fonctionnement de ces unités font défaut.
- Le laboratoire et la radiologie travaillent par intermittence par manque d'intrants. Les observations directes attestent d'une faible fréquentation de l'institution, une moyenne de quinze patients par jour. Les ruptures de stock sont fréquentes à la pharmacie.
- L'horaire de travail est fixé de 8hres AM à 4hres PM, mais pour le CHLR les activités prennent fin aux environs de douze heures PM.

5. Hypothèses causales

L'existence du CHLR est marquée par différentes périodes cruciales qui ont déterminé les changements de direction dans sa gestion. Deux de ses moments sont à l'origine des deux hypothèses qui seront élaborées.

Tenant compte de la phase de conception du projet, l'hypothèse suivante a été retenue :

- Une faiblesse dans la planification stratégique

Les réalisations techniques peuvent toujours être additionnées au palmarès de la politique. Pour qu'une politique soit efficace, il lui faut rester à l'écart de la planification technique. Les études de faisabilité, la planification, les échéanciers et mises en œuvre etc.... relèvent du domaine scientifique de la santé publique et ne peuvent pour aucune raison être soumis à l'influence de la politique non avisée de peur que les résultats aboutissent à la catastrophe. Trop souvent, la politique confond la vitesse à la précipitation.

Dans le cas du CHLR, la planification stratégique a été nettement influencée par les interventions intempestives de la Gouverne, biaisant ainsi les processus, tels que :

- Détermination des besoins
- Détermination des priorités
- Développement du plan de programme
- Planification de la mise en œuvre
- Evaluation

Ces vices de forme ont grandement contribué à une dislocation des procédures dans un contexte d'implantation d'un UCS métropolitaine.

Tenant compte de la phase post-inaugurale, l'équipe s'est statuée sur l'hypothèse suivante:

- Une insuffisance de temps pour une gestion rationnelle et continue

La gestion est une science qui exige le respect du temps imparti à chaque étape d'un projet. Il est impératif que ce norme soit respecté afin d'accorder à l'équipe de direction du temps pour observer, statuer sur les différents problèmes et planifier avant d'agir. Elle conditionne l'efficacité d'une formation qui est généralement longue: " Il faut du temps, en effet, pour faire connaissance avec les hommes et les choses d'une grande entreprise, pour être en mesure de décider un programme d'action, pour prendre confiance en soi et inspirer confiance aux autres. Aussi a-t-on constaté souvent qu'un chef de moyenne capacité qui dure est infiniment préférable à des chefs de haute capacité qui ne font que passer."(Fayol)

Dans ce contexte, la nomination de quatre directeurs dans une période de dix-huit mois, reste en elle-même la cause principale de l'instabilité dans la gestion de l'institution.

6. Cadre conceptuel

Vu les multiples besoins de la population exprimés par les statistiques, nous estimons que l'amélioration de la gestion du centre hospitalier la Renaissance peut produire une institution capable de répondre aux attentes de la clientèle. Elle peut engendrer en plusieurs étapes la transformation du statu quo.

Ce statu quo peut être expliqué dans le temps et l'espace par des faits divers :

- 1) Conception du centre hospitalier la Renaissance sans les études de besoins et de priorisation.
- 2) Planification du fonctionnement de ce centre hospitalier dans un réseau d'institutions de santé appelé UCS non encore établi.
- 3) Inauguration du centre de santé la Renaissance avant le placement des dispositifs rationnels de fonctionnement.
- 4) Installation de quatre directeurs en dix huit mois.
- 5) Non existence du suivi des différentes démarches de mise en marche de l'institution
- 6) Constat d'un lieu public désert avec une perception de laisser aller qui confirme les précédentes étapes du statu quo.

Tenant compte du statu quo, la vision de notre équipe s'est principalement forgée autour d'une institution avisée dont la gestion permettra une distribution équitable de soins de qualité à la population. Cette vision de l'institution nouvelle peut être circonscrite en ce qui suit :

- 1) Une institution à assise légale. Le concept de la « légalité » concourt à la légitimité de l'existence de l'institution. Il lui confère l'assurance et le support du Ministère de la Santé publique. Il valide les interventions de l'institution dans le cadre du plan stratégique du MSPP visant à priori les besoins de la population de desserte.
- 2) Une institution à leadership collectif. Le concept du « leadership collectif » suppose inévitablement un partage et une fragilité des rôles de leader. D'après Jean-Louis Denis, il permet de mobiliser au service du changement une diversité de compétences. Selon cette perspective, le leadership est un phénomène collectif obligeant les individus qui aspirent à jouer un tel rôle à se positionner auprès des

autres. L'enjeu du processus d'intégration du nouveau directeur général est donc de se glisser dans cette constellation qui recherche des atouts complémentaires mais non concurrentiels par rapport à la distribution actuelle des rôles et responsabilités.

- 3) Une institution munie d'un système d'information efficace. D'après Francine Harel Giasson, tout comme l'enseignement et le journalisme, la gestion est un métier de communication. Impossible d'y réussir sans associer d'autres personnes à sa démarche et pour cela, il n'existe aucun substitut à la bonne communication.
- 4) Une institution à services accessibles. Le concept de l' « accessibilité » vise la promotion de l'équité d'accès aux services. Il se mesure par l'adéquation entre la distribution géographique des médecins et les besoins de la population dans la zone de desserte.
- 5) Une institution intégrée à la population de desserte. Le concept de « l'intégration », d'après André Pierre Contandriopoulos, envisage une gouvernance commune entre des acteurs autonomes dans le but de coordonner leurs interdépendances pour leur permettre de coopérer à la réalisation d'un projet collectif. Dans ce contexte, c'est un processus de création d'un espace commun ou d'une zone d'échanges entre l'institution et sa population de desserte.
- 6) Une institution sensible à sa mission à travers l'évolution de ses employés. Le concept « sensibilité » soulève les intentions sociales de l'institution aussi bien dans l'environnement interne que dans l'environnement externe. Il se retrouve dans les incitatifs disponibles, la promotion de la motivation des employés (humanisation) et la fréquence des interventions au sein de la population et la vitesse d'adaptation face à la réactivité de la population.
- 7) Une institution à mission vivante. Le concept de la « mission vivante » invoque l'imprégnation de toutes les activités de l'institution de l'esprit de sa mission.

En conclusion, l'intégration de ces différents concepts projette une institution de santé dotée d'un modèle de gestion possible d'être adaptée à d'autres institutions face aux besoins de leur population de desserte.

7. Les données de l'analyse

1. Phase de conception du projet de construction du CHLR

Ces données portent sur la chronologie des événements qui ont prévalu à la construction du centre hospitalier La renaissance.

En effet, il importe de préciser d'entrée de jeu que le projet de départ, convenu entre l'état haïtien via le Ministère de la santé publique en partenariat avec la Banque mondiale portait sur la construction d'un ensemble d'UCS entre autre celui de l'aire métropolitaine. Le processus d'adoption du projet a suivi les voies officielles prévues entre l'état haïtien et les bailleurs internationaux.

Par la suite, le projet a impliqué le fond de contrepartie Haiti-Canada et le Ministère de la santé publique représenté alors par le ministre de la santé publique Monsieur Henri Claude Voltaire. A cette phase, le projet de départ a été converti en celui de projet de reconstruction de l'UCS de la cathédrale et finalement dans un autre temps il a été

considéré comme deux projets séparés : la reconstruction du centre de la cathédrale et la construction de bureaux de l'UCS métropolitain devant précéder le premier.

Un projet différent qui semblait rentrer dans le cadre d'un programme global de réhabilitation d'un ensemble d'institutions publiques en vue d'un décongestionnement de l'hôpital de l'université d'état d'Haïti. Tout en demeurant entendu que cette mise en place de l'UCS précéderait celui du centre de santé de la Renaissance.

En définitive, il est difficile de déterminer à quel moment, il a été décidé tout bonnement la construction d'un centre hospitalier dit de deuxième échelon en remplacement du centre de santé de la cathédrale. Il semblerait que des motivations politiques difficiles à documenter aient motivé cette décision ainsi que celle d'autoriser l'inauguration et la mise en fonctionnement prématurée de l'institution.

La responsabilité quant au choix des firmes de construction, de surveillance incombait alors au MSPP lui-même, qui a procédé à l'ouverture prématurée et en grandes pompes du CHLR.

2. La phase post inaugurale

En juillet 2004, après plus de dix huit mois d'existence le management au CHLR se présente ainsi :

Alors que le CHLR dispose d'infrastructure pour des hospitalisations, une salle d'accouchement et une salle d'opération, il ne dispose pas des ressources humaines, financières et des équipements pour la gamme de service correspondant. La gestion de stock laisse à désirer puisque les ruptures de stock sont fréquentes.

L'institution n'arrive pas à combler les besoins de la clientèle, car il n'y a pas de plan d'offre de services. Ces besoins de services ne sont comblés ni en terme d'horaire, ni en terme de gammes de services à offrir. Les différents services du CHLR paraissent fonctionner en pièces détachées sans coordination entre elles.

L'institution ne dispose pas de comptable depuis plusieurs mois. On n'a pas non plus retrouvé de documents comptables tel ceux d'audit interne, d'état des résultats, de bilans financiers. Il y a une caisse unique sans protocole de gestion des rentrées des différents services. Il n'y a pas de budget défini, il n'y a pas de normes de gestion des recettes internes.

Il existe un embryon de système d'information. En principe, l'institution est tenue de produire un rapport mensuel d'activités qui résumait les informations collectées au niveau du service d'accueil, des services de consultations, des services techniques et administratifs. Ces informations collectées sont ultérieurement stockées au niveau des archives de l'institution dans un formulaire de consultations générales. Il n'y a pas de statisticien, pas d'archiviste. La phase de traitement de l'information est escamotée. La préparation du rapport mensuel se fait par l'infirmière en chef. Ces rapports ne sont pas disponibles au sein de l'institution. Les données du système d'information ne rentrent pas dans les prises de décisions, alors que l'utilisation de ces informations semble se limiter à la préparation de rapports destinés au MSPP. Les modes de collectes ne sont pas

fiables. On déplore également le défaut d'analyse des données faute de ressources humaines affectées à cette tâche. Il n'existe pas un mécanisme de communication. La communication formelle se limite à des circulaires destinées surtout à publier des informations administratives. Quant aux affaires techniques, le mode de communication est un message verbal sur les lieux de prestations de services

Il n'existe pas de règlements internes, de cahiers de normes et de procédures de gestion. Les retards y sont fréquents. La majeure partie du personnel arrive après 8h AM et part avant 1h P.M contrairement à l'horaire fixé par le MSPP pour les institutions de santé, les sanctions prévues par le MSPP n'étant pas généralement appliquées.

La grille de salaire est fonction de standards fixés par le MSPP. Cependant, il existe des cas particuliers où le salaire ne correspond pas au poste. Cela crée des disparités entre des catégories de personnel de même rang et à compétence égale et entre des supérieurs ayant un salaire inférieur à celui de leurs subordonnés. Les modalités de paiement du personnel à gage sont une question qui relève de la direction du CHLR. Les modalités formelles de définition de ces salaires ne sont pas connues.

Le pouvoir formel est centralisé avec une structure hiérarchique très peu élaborée sans délégation d'autorité. Il n'existe pas d'organigramme, ni de définition de tâches claires pour certaines catégories de professionnelles.

Les premiers employés qui ont travaillé au centre de santé de la cathédrale ont été remplacés par le personnel du CHLR qui devient une mosaïque hétéroclite d'employés transférés de différentes institutions du MSPP.

Quatre directeurs se sont succédés en dix huit mois à la tête de l'institution. Deux administrateurs ont été nommés au cours de la même période pour un poste unique. Cette situation témoigne de l'existence d'autres faits dont il faudra rechercher également les causes au niveau du MSPP si l'on veut expliciter tous les facteurs qui interviennent dans ce problème de gestion :

- Il n'existe pas de plans de plans directeurs
- Pas de buts, pas d'objectifs
- Absence de plan d'offre de services en rapport avec les demandes de la clientèle
- Absence de budget
- Absence d'organigramme pour définir les lignes hiérarchiques
- Pas de documents formels où sont présentés des définitions de tâches et les attributions des différentes catégories de personnel (faiblesse dans la division du travail)
- Les mécanismes de prise de décision ne sont pas clairement identifiés. Cependant, on peut affirmer que maintes décisions prises ne sont pas supportées par un système d'information

8. Analyse des résultats

De l'analyse des données, il ressort :

Un flou stratégique concernant la vision du MSPP pour le CHLR

Il est clair que les circonstances qui ont prévalu à la conception du projet ont eu indiscutablement des conséquences sur la gestion de l'institution. Cette dernière n'a jusqu'à date une mission claire et ne peut être classée sur la carte sanitaire nationale. Elle est dépourvue de moyens logistiques nécessaires à son fonctionnement vu l'existence d'un flou stratégique entre la conception et l'application du projet de construction du CHLR.

Les faits ont prouvé que le processus de planification du MSPP pour le CHLR présente de nombreuses faiblesses dont nous n'avons évoqué que certains aspects par faute d'information, on ne s'attardera pas sur les prémisses de cette planification au risque de porter des reproches impossibles à argumenter. Les différentes étapes de cette planification sont dans un grand flou en ce qui attrait à l'existence ou non d'études de faisabilité, le mode de financement, les études de besoin de la clientèle etc... bien que tout porte à croire que ces paramètres ont été négligés au profit de la politique. Quant à l'influence des stakeholders, elle est à la base jusqu'à tout récemment, des incohérences administratives.

L'ouverture du CHLR a été prématurée

La décision d'inaugurer le CHLR semble avoir été une décision prématurée motivée par des enjeux politiques plutôt qu'une démarche rationnelle et planifiée eu égard à un ensemble de préalables négligés en terme d'allocation des ressources, de mise en place d'un cadre organisationnel. Les faits ont prouvé que le processus de planification du MSPP pour le CHLR présente de nombreuses faiblesses. Nous insisterons sur quelques aspects, car faute d'information, on ne s'attardera pas sur les prémisses de cette planification. En toute analyse, il est nettement révélé qu'un groupe restreint d'individus disposant d'un pouvoir décisionnel et politique a élaboré le projet de construction du CHLR. Cela semble avoir été un des facteurs déterminants dans la démarche de recouvrir le centre hospitalier à la place du centre de santé de la cathédrale sans prendre en compte tous les aspects de planification de la question. À cet effet, voici les propos du Directeur médical :

« Le jour de l'inauguration, il y avait beaucoup de matériel, et par la suite, on est venu les enlever pour les emmener dans un lieu inconnu ». La main mise de ce petit groupe d'acteurs influents semble avoir été également très ressentie dans la nomination du personnel, l'embauche des contractuels créant ainsi des zones marginales de pouvoir, au sein de l'institution. Cette assertion est soutenue par des faits qui démontrent une faiblesse de la planification des ressources nécessaires à la gestion du CHLR. Par ailleurs, la firme Genesis engagée à assurer la mise en place du cadre organisationnel de l'institution semble n'avoir pas donné son feu vert pour la phase de mise en œuvre (selon le directeur de la firme).

Compte tenu de la conjoncture économique défavorable qui a été évoquée précédemment, il était convenu que l'institution développe à moyen ou à long terme ses propres mécanismes de financement.

La problématique de l'implantation, notamment en ce qui a trait à la réaction des futurs utilisateurs, n'a pas été prise en compte dès le début du projet. Il n'y a pas eu d'efforts de communication avec la clientèle de desserte avant la mise en fonction.

Les données recueillies au sein du CHLR démontrent qu'effectivement plusieurs éléments s'imbriquent pour donner cette situation complexe. Mais elles ne suffisent pas à l'expliquer si on n'y ajoute pas les faiblesses de gestion.

Conclusion de l'analyse

A la lumière des premières observations faites, on peut conclure que le problème de gestion du CHLR est le résultat d'un ou de la conjugaison de plusieurs déterminants relevant directement ou indirectement des causes suivantes :

- Un flou stratégique dans la conception du projet de construction du CHLR par le MSPP
- Une ouverture prématurée du CHLR
- Nomination de quatre directeurs à la direction du centre hospitalier la Renaissance en dix huit mois. Cet aspect du problème à lui seul devrait faire l'objet de tout un débat.

9. Les options d'intervention

Les réflexions et analyses faites autour du problème de gestion du CHLR, nous ont porté à considérer plusieurs options d'intervention, entre autres celles qui suivent :

- a) Fermer le CHLR pour restructuration
- b) Privatiser le CHLR
- c) Garder le CHLR ouvert tout en procédant à des changements incrémentiels :
 - le faire fonctionner à court terme comme un centre de santé sans lit pour répondre aux besoins pressants de la population
 - le faire fonctionner à moyen terme comme un centre de santé avec lits capable de répondre à certaines urgences médicochirurgicales
 - le faire fonctionner à long terme comme un hôpital de référence type départemental

10. Choix d'une intervention

Etant donné que la population de desserte du CHLR lui réclame sans cesse des soins et des services, il est impératif de le faire fonctionner à court terme comme un centre de santé sans lit pour répondre aux besoins pressants de la population. Cependant, il est évident qu'on rectifie les faiblesses de planification et qu'on améliore sa gestion.

Cette option est la plus faisable à court terme compte tenu de la conjoncture actuelle et des possibilités du CHLR en terme de plateau technique. Elle requiert aussi un ensemble de préalables ci-dessous mentionnés.

11. Les Préalables

Le Ministère de la Santé Publique étant l'instance de tutelle et qui a pour devoir de fournir des soins à la population doit s'engager dans la résolution du problème du CHLR en prenant des décisions telles que :

- Redéfinir de façon formelle sa vision pour le CHLR afin de lui donner une place dans la carte sanitaire
- Doter l'institution de moyen technique, financier, pour son fonctionnement
- Encadrer la direction dans son leadership pour faciliter une mode de gestion applicable au CHLR et une communication efficace
- Mettre en place un système de régulation permettant de contrecarrer la gabegie administrative pour une gestion de l'institution

12. Stratégies

Elles devront permettre au comité de gestion de reformer le mode de gestion pratiqué au sein de l'institution. Elles consistent à renforcer la fonction de direction, en vue de mettre en place les structures nécessaires pour rendre le CHLR fonctionnel.

Stratégie I

Développement des capacités de la direction, de la planification

Résultats espérés :

- Plans d'offre de services
- Plan de gestion
- Meilleure réponse aux besoins de la clientèle

Interventions

- a) Définir un mode de direction applicable au CHLR
 - b) Mise en place d'un comité de gestion de l'institution.
 - c) Evaluer les capacités présentes du CHLR en terme de ressources disponibles et rapidement mobilisables
 - d) Mettre en place des mécanismes de communication indispensables à l'application des attributions de la direction
 - e) Répertorier les domaines de planification : ressources humaines, matérielles et financières
- b) Déterminer l'offre des services et les processus de production
 - c) Concevoir et produire des outils nécessaires à la planification
 - Système d'aide à la décision (S.I.A.D)
 - Système d'information et de gestion (S.I.G)

Stratégie II

Renforcer les structures administratives

Résultats espérés :

- Amélioration de la discipline
- Maintenance de l'ordre
- Meilleure utilisation des ressources disponibles
- Amélioration de la qualité des services

Interventions

- Elaboration de codes de procédures administratives
- Elaboration de règlements internes
- Elaboration de protocoles de soins

Stratégies III

Développement de mécanismes de contrôle, de suivi et d'évaluation :

Résultats espérés :

- Atteinte des objectifs fixés
- Performance de l'institution

Interventions

- Elaboration de plan d'activités
- Conception et production d'outils de suivi et d'évaluation
- Etablissement de calendriers de supervision
- Formation continue
- Délégation d'autorité
- Attribution de tâches
- Établissements de critères, de normes, de standards, d'indicateurs

Conditions critiques

- Non-acceptation des stratégies par les concernés
- Non mobilisation de ressources nécessaires à la mise en œuvre
- Incertitudes liées au comportement humain tant au niveau du leadership que de la motivation du personnel
- Incertitudes liées à l'environnement (l'insécurité)
- Intérêts des détenteurs d'enjeux

13. RECOMMANDATIONS

Les recommandations vont dans le sens d'une implantation progressive des différentes stratégies. Le changement organisationnel au CHLR requiert un leadership communicatif, un modèle de développement organisationnel pour un management participatif. Ce modèle serait intéressant pour vaincre les résistances éventuelles au changement, permettre une implication de tous les secteurs de l'organisation pour une appropriation du projet et le développement d'une culture organisationnelle.

14. CONCLUSION

En conclusion, nous pensons que les stratégies proposées dans le cadre de ce travail sont simples, incomplètes peut-être. Elles devraient théoriquement permettre de résoudre le problème de gestion au CHLR. Elles sont faisables politiquement, économiquement et sont socialement acceptables. Elles requièrent la volonté et l'engagement des différentes entités impliquées dans la résolution du problème. Cela va sans dire que cela requiert non seulement de l'expérience, de la compétence, de la volonté, du courage mais et surtout un sens profond de leadership. Nous avons également choisi de prioriser le court terme dans notre approche de façon à permettre à l'institution de répondre au plus vite aux besoins combien importants de la clientèle qu'elle est appelée desservir.

BIBLIOGRAPHIE

Boyer, Poirée et Salin, Précis d'organisation et de gestion de la production, Editions d'organisation 1988

Christian Morales, Vely Jean-Francois, Andre Pierre Contandriopoulos, codex « Fondements de l'analyse des systemes de sante : la regulation »

Grelon, Les entreprises de services, Paris Economica, 1978.

J. Chevalier, Le service public. Coll. Que sais-je ? P.U.F. 1987

J. Montador, La responsabilité des services hospitaliers, Berger-Levrault 1973.

Lamothe, Lise et Adrien, Paul, Codex « Gestion du changement »

L. Lachez-Pasquet, L'administration de l'hôpital, Berger-Levrault, 1985.

Linotte, A Mestre, R. Romi, Services Publics et Droit Public Economique, 2ème éd. LITEC, 1992.

M. Castaing, L'hôpital public, ce malade chronique, le Monde 18 février 1976.

M. Clément, Berger-Levrault, L'hôpital, environnement, organisation, gestion, 1984.

M. Ndong Ossah, Le Droit camerounais de Protection de la Santé et de la Salubrité
Michel Weill, Le management, la pensée, les concepts, les faits, Edition Armand Colin, 1994. MSPP, manuel d'organisation institutionnelle, deuxième partie, Port-au-Prince, Haiti, aout 1983
OPS/OMS, Analyse de la situation sanitaire, Haïti 1998

Paul Lamarche, Paul Adrien, codex « système de santé 1, tome II »
PNUD, Enquête sur les conditions de vie en Haïti, février 2003

Regis Blais, Eunide Dorvily, codex « Gestion des ressources humaines, tome II »

Recueil des textes du Ministère de la Santé Publique au Cameroun, éd. Imprimerie Nationale, Yaoundé 1994

V. Anomah Ngu, Les acquis d'aujourd'hui, les défis de demain, J.A.E. Numéro Spécial, mai 1988, p.185.

Voltaire, Henry Claude, Les Unités communales de santé (UCS), Principes et Orientations stratégiques, Haiti, Juin 1999

ANNEXE

Annexe 1

Proposition d'un Comité de gestion

De toutes les formes de direction, le leadership collectif a été jugé compatible avec cette institution dans le présent contexte. De ce fait, un comité de gestion est proposé pour une meilleure gestion de l'organisation. Elle est formée de :

- a) Un clinicien de l'institution
- b) Un gestionnaire de l'institution
- c) Un gestionnaire externe
- d) Un responsable des soins infirmiers
- e) Un représentant du personnel
- f) Un représentant de la population

Ses tâches :

- a) Voter les règlements internes de fonctionnement du comité
- b) Etablir son agenda :
 - Réunion bimensuelle pendant les trois premiers mois
 - Réunion mensuelle durant les trois mois suivants
 - Au sixième mois, la réunion suivante (et ses modalités) sera fixée pendant la Réunion
- c) Etablir un protocole de réunion
 - Ordre du jour préparé à l'avance
 - Présidence alternative de chaque membre du comité
 - Lieu : salle de conférence de l'institution et en extraordinaire, un lieu fixé en l'occurrence

Emission d'un rapport à la fin de chaque réunion

- d) Evaluation semestrielle du travail du comité par le Directeur de l'institution et un évaluateur externe

Ses attributions se résument en un rôle d'encadreur, d'interface et d'acteur vis-à-vis de l'équipe de direction du CHLR. Ce sont :

- Identifier le mode de gestion de l'institution
- Analyser la gestion du CHLR
- Identifier les points forts et les points faibles de cette gestion
- Faire des recommandations y relatif
- Etablir un dispositif du suivi de la mise en œuvre de ces dites recommandations
- Evaluer l'état d'avancement des recommandations
- Produire les rapports de réunion
- Présenter un bilan d'activité

Annexe 2

Attributions d'un directeur d'un centre de santé sans lit.

Ses attributions sont :

A. Administratives (planification, coordination, évaluation)

- 1) Par rapport au fonctionnement de l'institution, en coopération avec le personnel technique du centre (médecins, infirmières), le Directeur élabore un plan du programme sanitaire et des prestations de services et soumet ces plans à l'approbation du Directeur de Département. Il établit les objectifs du centre. Ces activités reposeront sur :
 - La connaissance du champ d'action du centre : aire géographique, données démographiques
 - L'identification des besoins et des priorités de la communauté de desserte, des ressources humaines, matérielles et financières, des principales causes de mortalité et de morbidité
 - La connaissance de l'infrastructure de l'institution, de l'état et des besoins de stocks en médicaments et autres matériels et de leur conservation, aussi bien que leur contrôle et réquisitions
 - Il veille au maintien de la disponibilité et de l'accessibilité des services de qualité à la satisfaction de la clientèle
 - Il évalue le fonctionnement du centre et procède à la révision et à l'amélioration des programmes selon résultats attendus.
- 2) Par rapport au personnel :
 - Il assume la fonction de leader en maintenant la discipline au niveau du personnel
 - Il établit le roulement du personnel
 - Il évalue le rendement du personnel et définit les incitatifs appropriés
 - Il supervise directement les services médicaux, paramédicaux, administratifs et les services de support.
 - Il organise des réunions mensuelles avec tout le personnel médical et paramédical, analyse les données et résultats, interprète et identifie les points faibles des processus et élabore des stratégies pour l'amélioration du fonctionnement de l'institution.
 - Il identifie les besoins en formation ou en recyclage du personnel technique et les communique au Directeur de Département pour la planification et l'organisation des interventions appropriées.
- 3) Par rapport au traitement de l'information générée au niveau du centre :
 - Il veille à la collecte des données statistiques et en rédige le rapport mensuel
 - Il s'assure que le Directeur départemental soit informé en lui faisant parvenir les rapports sur l'évolution des projets, programmes, séminaires et toutes les autres activités d'envergure.
 - Il prépare un budget annuel de fonctionnement et le soumet au Directeur départemental

B. Cliniques

- Il assure les fonctions de médecin de service en cas de carence ou d'urgence

C. Communautaires

- Il planifie de concert avec la communauté les activités communautaires.
- Il coordonne toutes les activités de terrain
- Il évalue les résultats obtenus
- Il prend toutes les dispositions nécessaires pour intégrer les activités communautaires à celles de l'institution