

La gouvernance hospitalière à la lumière de la loi 70/13 relative aux Centres Hospitalo-Universitaires : Cas du Centre Hospitalo-Universitaire Ibn Sina (Rabat)

[Hospital governance in view of Law 70/13 on University Hospital Centers : Example of University Hospital Center Ibn Sina (Rabat)]

Badr Amrani and Abderahim El Maslouhi

Département du Droit public, Université Mohamed V Rabat, Maroc

Copyright © 2018 ISSR Journals. This is an open access article distributed under the *Creative Commons Attribution License*, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

ABSTRACT: The reform of the Moroccan health system requires the implementation of hospital governance in the management culture in terms of the university hospital centers. This management paradigm aims to adjust and correct the dysfunctions caused by the hospital bureaucracy (organizational dysfunctions and functional dysfunctions). This adaptation is only done by two main actions. Firstly, by a profound recast of the legislation governing the university-hospital centers and secondly by incorporating instruments of modern and efficient governance on the current legislation. In fact, the main objective of this article is to analyze the content of the law 70/13 of the university hospital centers in Morocco, and also to know the efficiency of Moroccan legislator to implement the ingredients of hospital governance in those centers through the example of the Ibn Sina University Hospital centre in Rabat.

KEYWORDS: Hospital bureaucracy, hospital governance, healthcare system reform, university hospital centers, structural dysfunctions.

RESUME: La réforme du système de santé marocain passe par la mise en œuvre de la gouvernance hospitalière dans la culture gestionnaire au niveau des centres hospitalo-universitaires. Ce paradigme de gestion a pour but de s'adapter et de corriger les dysfonctionnements engendrés par la bureaucratie hospitalière (dysfonctionnements organisationnels et dysfonctionnements fonctionnels). Cette adaptabilité ne se fait que par deux actions fondamentales, primo, par une refonte approfondie de l'arsenal juridique régissant les centres hospitalo-universitaires et secundo, par une intégration dans la législation des outils d'une gouvernance moderne et performante. En effet, l'objectif principal de cette article est d'analyser le contenu de la loi 70/13 relative aux centres hospitalo-universitaires au Maroc pour savoir dans quelle mesure le législateur marocain a réussi à mettre en place les ingrédients d'une gouvernance hospitalière au sein des structures universitaires à travers une étude de cas du centre hospitalo-universitaire Ibn Sina de Rabat.

MOTS-CLEFS: Bureaucratie hospitalière, gouvernance hospitalière, La réforme du système de santé, centres hospitalo-universitaires, dysfonctionnements structurels.

1 INTRODUCTION

Les centres hospitalo-universitaires (CHU) sont souvent présentés comme le miroir de notre système de santé, de ses insuffisances et de ses avantages. Pourtant, médecins, infirmiers, syndicalistes, administrateurs, usagers..... sont tous d'accord que les CHU sont en déclin voire en crise. En effet, la situation du CHU Ibn Sina (CHUIS) est significative, si l'on se réfère aux soins offerts et à la détresse ressentie. Cette position paradoxale est due principalement à la présence de deux dynamismes

antagonistes. D'une part, la suprématie d'une bureaucratie hospitalière responsable d'une balkanisation des structures internes, et d'autre part, à l'effervescence des mutations profondes, nombreuses et rapides, que connaît son environnement. De même, les réflexions menées à ce sujet montrent une prise de conscience de la nécessité du changement par une refonte globale de l'arsenal juridique régissant les CHU et par la mise en place de la gouvernance hospitalière qui vise principalement l'accroissement de l'efficacité de l'institution, le renforcement du leadership, la responsabilisation de tous les acteurs et le décloisonnement des organisations. Cette situation nous a donc poussé à poser la problématique suivante : La réforme instaurée par la loi 70/13 relative aux CHU apporte-t-elle des remèdes aux problèmes de la gouvernance hospitalière ?

Notre contribution sera axée sur une analyse de la situation du centre hospitalo- universitaire Ibn Sina et ses dynamismes antagonistes, puis on présentera les innovations de la loi 70/13 relative aux CHU en matière de mise en place des outils de la gouvernance hospitalière.

2 RESULTATS ET DISCUSSIONS

Depuis sa création en 1980, le centre hospitalo-universitaire Ibn Sina (CHUIS) est considéré comme l'établissement de référence en matière des soins, de la recherche scientifique et de la formation médicale [1]. En effet, malgré cette place considérable dans le système national de santé, cette institution - issue d'une agglomération des hôpitaux - souffre de plusieurs dysfonctionnements dus d'une part, à la suprématie du modèle bureaucratique hospitalier, et d'autre part, à la résistance aux différentes mutations que connaît son environnement.

2.1 HÉGÉMONIE DU MODÈLE BUREAUCRATIQUE HOSPITALIER

Comme tous les domaines au Maroc, le secteur de la santé se caractérise par une hégémonie du modèle transposé de l'école française [1]. Il s'agit bel et bien d'un centralisme bureaucratique hospitalier [2]. Ce paradigme constitue donc la colonne vertébrale de l'administration publique hospitalière. Pourtant, il engendre un ensemble de dysfonctionnements structurels handicapant la mise en œuvre de la gouvernance hospitalière au sein du centre hospitalo-universitaire Ibn Sina qu'on peut les répertorier selon deux catégories. Primo, des dysfonctionnements organisationnels. Secundo, des dysfonctionnements fonctionnels.

2.1.1 DYSFONCTIONNEMENTS ORGANISATIONNELS

La particularité fondamentale de cet établissement réside dans le fait qu'il est structuré selon une organisation pyramidale et verticale et l'analyse des dispositions de l'arsenal juridique régissant le CHUIS fait ressortir plusieurs constats. Primo, l'architecture de l'organisation interne se caractérise par l'hétérogénéité et la segmentation des structures hospitalières. Secundo, un déficit majeur concernant la représentation au sein des organes délibérants (conseil d'administration et conseil de gestion) : plusieurs institutions déterminantes sont absentes, comme, le président du conseil régional, le président du conseil de la ville, le corps infirmier..... Tertio, la verticalité des structures administratives internes met en évidence l'existence des espaces d'opacité et d'obscurité avec un chevauchement des compétences entre plusieurs services. Aussi, il est impératif de signaler que derrière ces dysfonctionnements majeurs se cache un point noir qui marque l'organisation au sein du CHUIS, à savoir, l'implantation, sans aucun cadre conventionnel et légal, au sein des établissements hospitaliers, des structures autonomes qui exploitent les ressources humaines et matérielles sans aucune contrepartie [3].

2.1.2 DYSFONCTIONNEMENTS FONCTIONNELS

Le principal handicap sur le plan fonctionnel réside dans la faible coordination entre CHU Rabat et les autres structures hospitalières publiques et privées. Cette faible coordination trouve son origine dans l'absence d'une planification régionale de l'offre de soins [3]. De même, le rapport de la cour des comptes de 2010 a relevé plusieurs aberrations, comme une régression des activités, une faible productivité et un non-respect des normes [4]. Un autre élément pèse sur le fonctionnement normal du centre concerne la problématique de l'autofinancement. En effet, la nature juridique du centre (établissement public) lui permet de se doter d'une autonomie financière. Cependant, la mise en place du système de couverture médicale (Régime d'assistance médicale) a diminué ses recettes financières [3]. Concernant les ressources humaines, il est impératif de signaler que, malgré la place considérable qu'elles occupent dans la politique interne du CHUIS, plusieurs caractéristiques de souffrance sont évidentes et qui influencent négativement la marche normale de cette institution, telles que, la hausse de la pyramide d'âge, le départ massif à la retraite, et aussi le manque considérable du personnel, toutes catégories confondues.

Grosso modo, il est vrai que la bureaucratie hospitalière a favorisé l'apparition des anomalies et des souffrances, mais on ne doit pas oublier un autre élément fondamental qui a poussé le CHUIS à se métamorphoser pour répondre aux exigences imposées par les mutations de l'environnement.

2.1.3 LES MÉTAMORPHOSES DE L'ENVIRONNEMENT DU CHU IBN SINA

Depuis les années quatre-vingt, l'environnement global de l'administration publique hospitalière, connaît des mutations profondes. Des changements radicaux ont été installés, dont le but est de mieux répondre aux pressions de cet environnement. Il est important de signaler qu'on ne traitera pas toutes les mutations, mais on va se limiter seulement aux plus influentes.

En premier lieu, les mutations idéologiques. En effet, la bureaucratie hospitalière suppose une société des temps calmes. Ce mode de pouvoir n'est plus adapté aujourd'hui face à l'éventail des crises et la complexité des situations [5]. Ces mutations idéologiques concernent d'abord la légitimité du CHUIS, qui doit se fonder principalement sur la qualité de ses relations avec les citoyens et non pas sur sa neutralité et son éloignement. Ensuite, la montée en puissance du pouvoir des usagers, formellement organisé pour interpellier les établissements et leurs professionnels sur leur fonctionnement, a conduit à l'émergence d'un nouveau concept, à savoir, la démocratie sanitaire qui s'articule sur trois interprétations : une diversification des sources de la connaissance, un partage équilibré des responsabilités et enfin, un contrat renouvelé entre l'Etat et la société civile [6].

En deuxième lieu, les exigences de la compétitivité. En réalité, aborder la compétitivité nécessite l'étude du phénomène de la concurrence qui constitue la source principale de performance et de l'évolution. De ce fait, l'interpénétration des secteurs (public, privé et semi public....), la construction des autres CHUS (Fes, Marrakech,...), et l'émergence des autres acteurs puissants suite à l'ouverture du capital des cliniques privés (les sociétés d'assurance) [7], engendrent une concurrence nationale et une compétitivité qui touche non seulement le CHUIS mais aussi ses hôpitaux. Ces exigences appellent donc un nouveau genre d'administration hospitalière, de nouvelles modalités de fonctionnement. Par conséquent, l'adaptabilité au nouveau contexte de gestion publique est la seule condition de sa survie et de sa légitimité. Cette adaptation ne se fait que par une refonte globale de l'arsenal juridique régissant les CHUS, et aussi par l'intégration de la gouvernance hospitalière au sein de la culture gestionnaire.

2.2 LA LOI 70/13 RELATIVE AUX CENTRES HOSPITALO-UNIVERSITAIRES : UNE CONTRIBUTION À LA MISE EN ŒUVRE DE LA GOUVERNANCE HOSPITALIÈRE

Publiée au bulletin officiel en 2016 [8], après une longue durée de débat parlementaire, la loi 70/13 est le fruit d'un consensus entre tous les acteurs politiques, que ce soit de la majorité ou de l'opposition [9]. Ainsi, la naissance de cette loi nous a donc poussé à poser une question centrale sur la gouvernance hospitalière au sein des CHU, ce qui devrait nous orienter vers l'analyse du contenu de la loi et tenter de voir dans quelle mesure elle répond aux différentes attentes. En effet, la gouvernance hospitalière permet donc d'explorer une analyse en réseaux au sein desquels une pluralité d'acteurs échange et interagit sur le mode de la coopération. Il s'agit donc de coordonner l'action de tous les professionnels de l'hôpital [10], vers un but commun, à savoir la performance. De ce fait, le législateur a mis la gouvernance hospitalière au centre de la réforme engagée en prévoyant deux innovations à savoir : une réforme des instances de direction [1] et une mise en place des outils de performance [2].

2.2.1 RÉFORME DES INSTANCES DE DIRECTION

La loi 70/13 constitue une révolution managériale en matière de rénovation des instances de direction des CHUs (le conseil d'administration et le conseil de gestion). En réalité, les réformes antérieures n'ont pas pu réussir à mettre des frontières claires entre les deux instances dont la dénomination avait conduit toujours à l'hétérogénéité [11]. Cependant, la nouvelle loi, en vue de clarifier les tâches et d'éviter le chevauchement des compétences, a changé la dénomination de ces instances. Elles sont devenues « conseil d'administration » et « comité de gestion ». De même, la recomposition de ces instances de direction a été évoluée, en supprimant certains secteurs et en ajoutant d'autres représentants. Par conséquent, la représentativité au sein du conseil d'administration a connu un changement radical dans la mesure où l'analyse de la loi 70/13 fait ressortir trois collèges regroupant respectivement les représentants des collectivités territoriales (président du conseil de la région, président du conseil de la commune), les représentants de la profession médicale, et les représentants des autres catégories du personnel (article 5) infirmiers, administrateurs, techniciens)[8]. Concernant les pouvoirs, le conseil d'administration voit également ses compétences s'élargir (élaboration et mise en œuvre de la politique interne du centre, définition des contrats passés avec les autres acteurs, tarification des soins....). Aussi, il est nécessaire de signaler qu'à côté de cette institution de pilotage, un comité

de gestion a été créé, (au lieu du conseil de gestion, pour éviter tout chevauchement de compétences), comme organe d'exécution des décisions prises par le conseil d'administration (article 9) [8].

La loi a accordé également une place particulière au directeur du centre. D'une part, en rendant sa nomination conformément aux dispositions relatives à la nomination aux fonctions supérieures [12], et d'autre part, en renforçant ses compétences et ses pouvoirs dans la gestion de l'établissement hospitalier. De plus, à côté de ces instances de pilotage et d'exécution, et en vue de renforcer la légitimité de la décision directoriale, le législateur a institué quatre instances consultatives auprès du directeur : le conseil des médecins, des médecins dentaires et des pharmaciens, le conseil des infirmiers et des infirmières, la commission hospitalo-universitaire, et le conseil de vigilance sanitaire.

Grosso modo, on peut dire que la rénovation des structures de direction n'est pas suffisante pour parler d'une performance, car elle doit s'accompagner d'une mise en place des outils et des mécanismes d'application de la gouvernance hospitalière.

2.2.2 LA MISE EN PLACE DES OUTILS DE PERFORMANCE

La réforme instaurée par la loi 70/13 n'a pas seulement rénové les instances de direction des CHUs, mais elle a joué un rôle crucial dans le renouvellement, la réorientation des dispositifs antérieurs, et la concrétisation de plusieurs outils de gouvernance hospitalière. En effet, la marque fondamentale de cette loi réside dans le fait qu'elle insiste sur la contractualisation comme étant un des leviers de la modernisation des CHUs [13]. Cette contractualisation suppose une interpénétration organisationnelle et fonctionnelle de différents acteurs [10]. En fait, en analysant les dispositions de la loi 70/13, on peut conclure que le législateur a fait une distinction entre deux types de contractualisation : d'une part, une contractualisation interne qui se concrétise par la conclusion des contrats objectifs et de moyens avec les établissements hospitaliers composant le centre (article 13)[8], et d'autre part, une contractualisation externe avec l'Etat, les CHUs, les autres hôpitaux publics (hôpital régional, provincial.....), l'université, les organismes publics ou privés, nationaux ou étrangers, les organismes professionnels de santé et les sociétés savantes.

Concernant la concrétisation des outils de la gouvernance hospitalière, la loi 70/13 a introduit dans la culture gestionnaire des CHUs un ensemble d'outils de pilotage pour avoir une gestion performante, une déconcentration du processus de prise de décision et enfin une amélioration de la prise en charge des patients. Parmi ces dispositifs, la loi a insisté, d'abord, sur le plan de développement du centre, une feuille de route qui trace les grandes actions et orientations du centre conformément aux axes de la stratégie sectorielle de la santé. Ensuite, le projet d'établissement du centre (PEC), un véritable outil de pilotage qui précise pour une durée déterminée les actions du centre dans le cadre de ses missions. Puis, le projet d'établissement hospitalier qui concerne chaque établissement hospitalier composant le centre. Sans oublier, enfin, le projet du plan d'action annuel, le rapport annuel d'activités, et le projet du budget annuel.

3 CONCLUSION

L'étude de la gouvernance hospitalière à la lumière de la loi 70/13 relative aux centres hospitalo-universitaires nous a permis de dévoiler l'existence de divers obstacles dans la gestion hospitalière publique influençant négativement les prestations sanitaires au sein des structures universitaires hospitalières principalement au centre hospitalo-universitaire Ibn Sina. Par conséquent, le traitement le plus efficace reste dans l'injection dans la culture gestionnaire hospitalière de nouveaux paradigmes tels que la gouvernance hospitalière.

Reste à signaler à la fin que à notre avis la loi 70/13 relative aux CHU a apporté des innovations en matière de gouvernance hospitalière, en insistant sur une panoplie de mesures et de dispositifs de performance. Mais, leur mise en application nécessite une grande volonté administrative pour assouplir les tensions et rassembler tous les acteurs autour d'un projet commun.

REFERENCES

- [1] El khamlichi Abdeslam, *CHU en détresse, formation médicale en danger*, la croisée des chemins, 2014.
- [2] Boudahran Abdelah, *le droit de la santé au Maroc : plaidoyer pour une santé humaine*, Harmattan, 1996.
- [3] Rapport sur le plan de développement du CHIS 2010-2020. Il s'agit de deux cas de figure d'une part, la ligue nationale de lutte contre les maladies cardio-vasculaires (siégeant à l'hôpital Ibn Sina) et d'autre part, la fondation Hassan II pour la prévention et la lutte contre les maladies du système nerveux (hôpital des spécialités).
- [4] Le rapport de la cour des comptes 2010.
- [5] Sedjari Ali, *gouvernance et conduite de l'action publique au 21 siècle*, Rabat, Harmattan grat, 2003.

- [6] Alain Letourmy, Michel Naiditich, « l'émergence de la démocratie sanitaire en France », *santé, société et solidarité*, N 2, SER, 2009.
- [7] L'article 60 de la loi 113-13 relative à l'exercice de la médecine stipule que « une clinique peut appartenir à une personne physique..., à une société commerciale..... », Dahir n° 1-15-26 du 29 rabii 11 1436 (19 février 2015) portant promulgation de la loi n° 131-13 relative à l'exercice de la médecine. Bulletin Officiel N 6344 du 28 Jomada 1, 1436 (19/03/2015), p 1057.
- [8] Dahir n 11662 du 17 chaabane 1437 (24 mai 2016) portant promulgation de la loi N 70-13 relative aux centres hospitalo-universitaires, Bulletin officiel N 6480- 2 chaoual 1437 (7-7-2016), p 1047.
- [9] Concernant les amendements déposés par les partis politiques, on peut citer : 19 amendements déposés par le groupe de la majorité dont 13 acceptés, 8 amendements par groupe istiqlalien de l'unité et de l'égalitarisme dont 5 acceptés, Parti authenticité et modernité a déposé 8 amendements dont 2 acceptés et union socialiste des forces populaires a déposé 24 amendements dont 9 acceptés. Pour plus d'informations, voir le rapport de la commission des secteurs sociaux (chambre des représentants) relatif au projet de loi 70/13, session octobre, 2015, p 4.
- [10] Pierre panel, l'hôpital public, « ses contradictions, ses mutations », *Etudes*, V 10, Tome 407, 2007, p328.
- [11] Rapport de la commission des secteurs sociaux (chambre des représentants) relatif au projet de loi 70/13, session octobre, 2015, p 18.
- [12] La loi organique 02-12 relative à la nomination aux fonctions supérieures promulguée par le dahir 1-12-20 chaabane 1433 (17 juillet 2012), a mis les directeurs des CHU aux postes qui font l'objet d'une délibération au sein du conseil de gouvernement, Bulletin officiel N 6070, 13 Ramadan 1433 (2/8/2012), p 2489
- [13] Jean Perrot et Eric Roodenbeke, *la contractualisation dans les systèmes de santé. Pour une utilisation efficace et appropriée*, karthala, 2005, p 5.