

Gestion Hospitalière Au Sein Du Centre Hospitalier De Reference De District D'anosy Avaratra

Niaina Zakaria Rodolphe Andriamifidison¹, Tina Razafitombo², Miandrisoa Christiane Tovo Andre³,
Juliette Razafimanantsoa⁴, Mamy Jean Jacques Razafimahatratra⁵, Julio Rakotonirina⁶

¹Spécialiste en Santé Publique
Faculté de Médecine

Antananarivo, Madagascar
rodolpheniaina@gmail.com

²Administrateur des hôpitaux

Institut National de Santé Publique et Communautaire
Antananarivo, Madagascar
gestiontpla@gmail.com

³Spécialiste en Santé Publique
Faculté de Médecine

Antananarivo, Madagascar
miandrisoatovo@gmail.com

⁴Administrateur des hôpitaux

Institut National de Santé Publique
Antananarivo, Madagascar
julietterazaimanantsoa@gmail.com

⁵Spécialiste en Santé Publique
Institut National de Santé Publique

Antananarivo, Madagascar
mamyjjrazafimahatratra@yahoo.fr

⁶Professeur titulaire en épidémiologie
Faculté de Médecine

Antananarivo, Madagascar
juliorakotonirina@yahoo.fr

Auteur correspondant : Niaina Zakaria Andriamifidison, rodolpheniaina@gmail.com



Résumé - Cette étude évalue la performance de la gestion hospitalière au sein du CHR D Anosy Avaratra. L'objectif a consisté à analyser la qualité de la gestion hospitalière à travers le modèle de Donabedian (structure, processus, résultats) afin d'identifier les leviers d'amélioration de la gouvernance et de la performance. Il s'agit d'une étude évaluative, descriptive, rétrospective et transversale qui a été menée de 2022 à 2024, à partir de données documentaires, d'entretiens et de questionnaires adressés au personnel hospitalier. Les indicateurs retenus concernent la planification, les ressources humaines, le financement et la satisfaction. En effet, malgré la fonctionnalité des comités de gouvernance et la planification régulière, l'étude révèle un paradoxe entre la gestion administrative formelle et la gestion

opérationnelle réelle. Le taux d'exécution budgétaire est tombé à 7,25 % à mi-2024, alors que l'activité hospitalière a progressé de 21,58 % et les recettes propres de 15,36 %. Ces déséquilibres entraînent la rupture des soins, la détérioration du capital humain et une gestion de survie fondée sur les recettes propres. Afin d'apporter une amélioration à la gestion de l'hôpital, il est suggéré de renforcer la planification et la gestion budgétaire, enrichir les ressources humaines et améliorer la gestion des informations.

Mots-clés : évaluation ; gestion hospitalière ; performance ; Madagascar

Abstract - This study assesses hospital management performance at CHRDR Anosy Avaratra. The objective is to analyze hospital management quality through Donabedian's model (structure, process, outcome) and identify key levers for improving governance and performance. A descriptive and evaluative study was conducted from 2022 to 2024 using documentary review, staff interviews, and questionnaires. Key indicators included planning, human resources, financing, and satisfaction. Despite functional governance committees and consistent planning, a paradox between formal administrative and real operational management was observed. The budget execution rate dropped to 7.25% by mid-2025, while hospital activity rose by 21.58% and internal revenues by 15.36%. This imbalance led to disrupted continuity of care, deteriorating human capital, and a survival-based management model dependent on internal funds. In order to improve hospital management, it is suggested to strengthen planning and budget management, enhance human resources, and improve information indicator.

Keywords: evaluation, hospital management, performance, Madagascar.

I. INTRODUCTION

La gestion hospitalière constitue aujourd'hui un pilier essentiel de la performance des systèmes de santé à travers le monde [1]. Dans un contexte de croissance démographique, de transition épidémiologique et de contraintes budgétaires, la nécessité d'une gouvernance hospitalière efficiente s'impose comme une priorité pour garantir un accès équitable, continu et de qualité aux soins de santé [2]. À l'échelle mondiale, plusieurs pays ont entrepris des réformes axées sur la performance et la responsabilisation des structures sanitaires, notamment à travers l'instauration de mécanismes de suivi-évaluation, la décentralisation de la gestion et l'amélioration des capacités [3]. En Europe, les hôpitaux publics ont progressivement intégré des outils de management inspirés du secteur privé (gestion axée sur les résultats, indicateurs de performance, management participatif), favorisant une meilleure efficacité des processus décisionnels et une transparence accrue dans l'allocation des ressources [4].

En Afrique, plusieurs études ont mis en évidence les défis persistants liés à la pénurie de ressources, à l'obsolescence des infrastructures et à la faiblesse des systèmes d'information sanitaire, compromettant la qualité et la continuité des soins [5,6].

À Madagascar, le système de santé repose sur un réseau hiérarchisé où les Centres Hospitaliers de Référence de District (CHRDR) occupent une position stratégique dans la prise en charge secondaire. Cependant, ces établissements rencontrent des difficultés structurelles et organisationnelles : insuffisance de ressources humaines qualifiées, manque d'équipements adaptés, procédures administratives peu normalisées et gestion budgétaire parfois non conforme aux directives du Ministère de la Santé Publique. Ces lacunes compromettent la mise en œuvre effective de l'Instruction Permanente (IP) régissant la gestion hospitalière, laquelle stipule les normes administratives, comptables et techniques devant garantir la bonne gouvernance des établissements de santé [7]. Le CHRDR Anosy Avaratra, comme plusieurs hôpitaux de district, fait face à ces défis. Les incohérences observées dans les données administratives et les indicateurs de performance témoignent de la nécessité d'une évaluation rigoureuse de la gestion hospitalière. D'où, Comment les processus de gestion conditionneraient-ils la qualité et la continuité des services ? L'objectif général de cette étude est d'évaluer la gestion hospitalière au sein du CHRDR Anosy Avaratra afin de contribuer son amélioration. Spécifiquement, il s'agit d'identifier les principaux facteurs structurels influençant la performance de l'établissement, évaluer les processus de gestion et leur conformité à l'Instruction Permanente.

II. MATERIELS ET MÉTHODES

Le site retenu pour cette étude est le Centre Hospitalier de Référence du District (CHRDR) d'Anosy Avaratra. Il est implanté dans la commune d'Anosy Avaratra, qui fait partie du district d'Antananarivo Avaradrano et de la région d'Analamanga. Il s'agit d'une étude

évaluative de type descriptif, transversal et rétrospectif. L'approche adoptée est mixte, à la fois quantitative et qualitative. Elle vise à apprécier la qualité de la gestion de l'hôpital à travers les trois dimensions du modèle de Donabedian : la structure, le processus et les résultats. L'étude a porté sur les activités hospitalières pour la période de l'année 2022 à 2024. Ont été inclus dans l'étude le personnel hospitalier (dirigeant, personnel soignant et personnel administratif) disposant d'au moins six mois d'ancienneté dans l'établissement au moment de l'enquête. Les données ont été recueillies à partir d'une interview et d'une grille d'observation pour l'observation directe : utilisée pour vérifier la présence, l'état et la fonctionnalité des infrastructures, équipements, matériels, et services de soutien tels que la chaîne de froid ou le groupe électrogène. Les données ont été analysées à l'aide de logiciel Excel et Epi info version 7.

III. RÉSULTATS

A. Évaluation de la structure et organisation

A.1. Fonctionnalité de l'organisation institutionnelle

Les résultats obtenus montrent que l'ensemble des organes institutionnels du CHR D Anosy Avaratra , notamment le staff dirigeant, le conseil de gestion (CoGe), la commission médicale de soins (CMS), le comité d'établissement (CE), le comité des médicaments et intrants (COMEDIM) ainsi que le comité de lutte anti-corrupcion (CLAC) sont fonctionnels.

A.2. Organisation interne

Ce paragraphe montre l'état de l'organisation interne du CHR D Anosy Avaratra en se basant sur l'instruction permanente N° 301 du 20 Septembre 2017 portant organisation et fonctionnement des CHR D.

Tableau I : Représentation de l'Organisation interne du CHR D'Anosy Avaratra

Organisation interne	Statut	
Règlement interne	OUI	
Visibilité (indication service, plan de masse)	OUI	
Affichage « ANY AMIN'NY CESSION IRERY IHANY NO MANDOA VOLA »	OUI	
Présentation du reçu ASP avant tout acte	OUI	Sauf cas urgence
Affichage de prix de médicaments et autres	OUI	
Cahier des registres d'entrée	OUI	

Pour son organisation interne, le CHR D Anosy Avaratra a respecté les instructions posées.

A.3. Planification et programmation

Le Tableau suivant présente l'état d'existence et de suivi de planification et de programmation sur les activités et les objectifs à atteindre pour l'établissement.

Tableau II : État d'existence et de suivi de document de planification et de programmation

Document	Statut	Suivi	
Projet d'Etablissement Hospitalier (PEH)	Existant	Périodique	2025-2027 en cours
Plan de Travail Annuel (PTA)	Existant	Périodique	
Budget Programme	Existant	Périodique	

Le Centre Hospitalier de District d'Anosy Avaratra a planifié son fonctionnement par l'élaboration des documents de programmation et de planification (PEH, PTA...) ainsi que le suivi sur les réalisations.

A.4. Évaluation de la gestion des ressources financières

Les ressources financières du CHRd d'Anosy Avaratra proviennent à la fois des recettes propres de l'établissement (RPE) et du budget alloué pour chaque centre provenant de l'État central par l'intermédiaire du ministère de la santé publique. Le CHRd Anosy Avaratra dispose de plusieurs sources de financement qui méritent d'être bien règlementé par des procédures bien défini et des Comités respectifs.

A.4.1. Etat budgétaire du CHRd Anosy Avaratra

Ce paragraphe représente la situation budgétaire du CHRd Anosy Avaratra pour l'année 2022 à 2024. Le tableau reflète le montant du budget alloué ainsi que son engagement. Le taux d'engagement révèle une dégradation progressive de l'exécution : 2022 est performant (88,15%), 2023 est correct mais en baisse (75,79%), 2024 présente un taux extrêmement faible (7,25%). Le nombre d'opérations d'engagement passe de 4 en 2022 à 1 en 2023 et 2024.

Tableau III: Représentation de la situation budgétaire de l'année 2022-2024 du CHRd Anosy Avaratra (Valeur en Ariary)

EXERCICE	LFI	LFR	Montant engagé	Montant liquidé	% Engagé	Nombre déagements
2022	34 373 000	34 373 000	30 301 227	30 301 227	88,15%	4
2023	47 173 000	36 373 000	27 567 124	27 567 124	75,79%	1
2024	33 700 000	33 700 000	2 444 000	2 444 000	7,25%	1

A.4.2. Recettes Propres de l'Etablissement (RPE)

De 2022 à 2024, les recettes propres du CHRd d'Anosy Avaratra ont connu une progression significative, passant de 53 972 150 Ar à 71 839 305 Ar, cette évolution connaît une hausse progressive de 15,36 % pour chaque exercice, de l'année 2022 à 2023 et de 2023 à 2024.

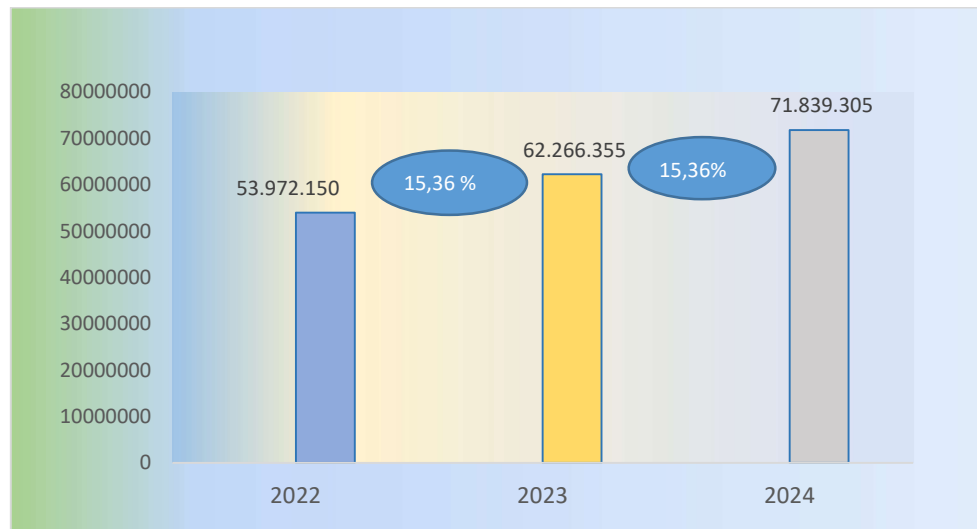


Figure 1 : Recette propre du CHRD Anosy Avaratra de 2022 à 2024

Les consultations ont occupé une première place sur la contribution, 26,34 % des RPE de l'hôpital, suivi par la chirurgie 24,45 %, en suite les recettes provenant des salles payants 11%, la maternité (9%), l'échographie (7%) et d'autres prestations et services qui ont des valeurs de 0 à 5%.

A.5. Gestion de ressources humaines

A.5.1. Adéquation entre spécialisation et fonction du personnel au CHRD Anosy Avaratra

La répartition du personnel permet de voir l'adéquation entre les compétences disponibles et les besoins de l'hôpital. L'ensemble des postes stratégiques et des fonctions essentielles est correctement pourvu. La répartition montre que les agents occupent des postes en adéquation avec leurs compétences à l'exception des agents manipulateurs radio. Le CHRD Anosy Avaratra fonctionne avec un effectif total de 49 agents dont le corps Paramédical (infirmiers, aides-soignants, techniciens, etc.) est largement majoritaire, 51,02% (soit plus de la moitié du personnel). Les corps Médical (médecins, pharmaciens, etc.) et Administratif (gestionnaires, personnel de secrétariat, logistique, etc.) représentent chacun environ un quart de l'effectif. Corps Médical (24,49%). Corps Administratif (24,49%).

A.5.2. Perception du personnel sur l'environnement de travail au sein du CHRD Anosy Avaratra

L'étude statistique des critères liés à la gestion hospitalière au sein du CHRD est présentée dans le tableau suivant.

Tableau IV : Résumé statistique des indicateurs de satisfaction du personnel au CHRD

Critère	Moyenne pondérée	Variance	Écart-type
Conditions de travail : sécurité & santé	2,57	0,41	0,64
Formation continue	2,43	0,74	0,86
Information direction	3,37	0,57	0,76
Moyens matériels disponibles	2,66	0,62	0,78
Conditions de travail : sécurité & santé	2,57	0,41	0,64
Formation continue	2,43	0,74	0,86

Critère	Moyenne pondérée	Variance	Écart-type
Conditions de travail : sécurité & santé	2,57	0,41	0,64
Formation continue	2,43	0,74	0,86
Information direction	3,37	0,57	0,76
Moyens matériels disponibles	2,66	0,62	0,78
Information direction	3,37	0,57	0,76
Moyens matériels disponibles	2,66	0,62	0,78

L'analyse des critères de satisfaction montre des niveaux variables d'appréciation parmi les 41 membres du personnel interrogés. Globalement, les résultats révèlent une satisfaction moyenne (2,9/5) du personnel du CHRD

A.5. Évaluation des ressources matérielles

A.5.1. Comptabilité matière et détention des matériels

Le Centre Hospitalier de Référence de District d'Anosy Avaratra n'a pas encore eu le quitus pour l'approbation de ses ressources matérielles. Pourtant, l'agent responsable de compte matière, nouvellement affecté sur ce poste de durée de 3 mois, a fait son maximum pour l'octroi du quitus pour le centre. Il a entamé toutes les procédures utiles lors de la préparation des dossiers. Les procédures préliminaires de validation compte matière sont les inventaires des matériels par services, les saisies et valorisations des données, et la mise en place des fiches de détenteurs par unité ou service.

L'établissement dispose d'une capacité totale de 8 salles pour 32 lits d'hospitalisation. La Salle Femme est occupée pour prendre en charge les "mères post accouchées avec son nouveau-né" et aussi les femmes hospitalisées. Les 6 lits de la Salle Homme et les 6 lits de la Salle Post Opératoire (total 12 lits) sont destinés à la médecine générale masculine et aux suites d'interventions chirurgicales. En outre, le CHRD Anosy avaratra dispose de trois réfrigérateurs, un pour le sang post de transfusion, un pour les réactifs en laboratoire et un pour la pharmacie. Le dépôt des vaccins est assuré par le BSD. L'établissement dispose d'une ambulance de bon état en service des patients en cas d'urgence. En outre, le centre dispose d'un groupe électrogène pour faire face à la coupure d'électricité. Par sa consommation en carburant élevé, le groupe est presque réservé au cas de coupure en cas d'existence d'une opération chirurgicale. Par ailleurs 42 panneaux solaires sont à la disposition du centre mais hors service depuis 2021 face à une coupure de courant qui a entraîné aussi de dégât des matériaux y compris l'appareil radiographique qui demeurait irréparable jusqu'à maintenant.

B. Évaluation de la variable de processus

B.1. Evolution des activités au sein du CHRD Anosy Avaratra

Ce tableau présente l'évolution des activités médicales de l'établissement sur trois ans (2022 à 2024) dont les données ont été suffisantes. L'analyse des variations annuelles ont révélé des tendances claires et des signaux d'alerte importants concernant la spécialisation et la performance des services.

Tableau V : Evolution des activités médicales du CHRD Anosy Avaratra de 2022-2024

Service / Années	2022	2023	2024	% 23-22	% 24-23
Activités en médecine	4 789	4 766	4 962	-0,48%	4,11%
Activités en bloc opératoire	515	442	358	-14,17%	-19,00%
Activités en Maternité	268	516	558	92,54%	8,14%

Activités en stomatologie	1 811	2 488	1 871	37,38%	-24,80%
Total	8 667	10 537	10 964	21,58%	4,05%

L'activité totale de l'établissement est en nette croissance sur la période de 2022 à 2023, on constate une augmentation très forte de 21,58% (passant de 8 667 à 10 537 activités). Pour l'année 2023- 2024, la croissance a été maintenue mais plus modérée de 4,05% (atteignant 10 964 activités)

B.2. Indicateurs hospitaliers

Les indicateurs de performance d'hospitalisation de cet établissement ont révélé une capacité stable, mais des variations dans l'activité, l'efficacité, et la mortalité surtout en début de la saison sèche. Le taux d'occupation moyen de lit de 27,98%, le taux de fréquentation hospitalière est de 0,04% en moyenne, le taux de mortalité est de 5,26% en moyenne.

B.3. Évaluation des réalisations par rapport aux objectifs fixés

Dans le cadre de l'évaluation de la gestion hospitalière, l'atteinte des objectifs a été analysée à travers les activités planifiées dans le Projet d'Établissement Hospitalier (PEH) ainsi que dans le Plan de Travail Annuel (PTA). Les résultats de l'analyse sont présentés dans les tableaux ci-dessous. Il convient de noter que cette analyse concerne seulement sur les objectifs financés par le Recette Propre de l'Établissement (RPE).

Tableau VI : Réalisation des activités planifiées dans le PEH (2022–2024)

Objectifs posés	Atteinte des objectifs
Amélioration des infrastructures	90 %
Amélioration du plateau technique	80 %
Développement de la vie sociale	70 %
Moyenne	80 %

De 2022 à 2024, le CHRD Anosy Avaratra a globalement amélioré l'atteinte de ses objectifs.

L'analyse des données statistiques du CHRD Anosy Avaratra sur la période 2022–2024 révèle d'importantes incohérences et insuffisances. Plusieurs indicateurs essentiels (nombre de lits, admissions, sorties, taux d'occupation, consultations) présentent des valeurs manquantes, des anomalies numériques et des fluctuations non explicables.

IV. DISCUSSION

A. Fonctionnalité de l'Organisation Institutionnelle

Les résultats obtenus montrent que l'ensemble des organes institutionnels du CHRD Anosy Avaratra, notamment le staff dirigeant, le conseil de gestion (CoGe), la commission médicale de soins (CMS), le comité d'établissement (CE), le comité des médicaments et intrants (COMEDIM) ainsi que le comité de lutte anti-corruption (CLAC) sont fonctionnels. Cette fonctionnalité institutionnelle témoigne d'une structure organisationnelle consolidée, conforme aux dispositions de l'Instruction Permanente de Gestion Hospitalière émise par le Ministère de la Santé Publique de Madagascar (MSANP, 2021). Selon le modèle de Donabedian, une structure bien définie constitue la première étape vers la qualité des soins, car elle détermine les conditions dans lesquelles les processus de gestion et les pratiques cliniques se déroulent [1]. Dans ce contexte, la fonctionnalité du staff dirigeant et du conseil de gestion contribue à la stabilité de la gouvernance hospitalière, à la transparence financière et à la coordination efficace des

services. Ces organes jouent un rôle clé dans la mise en œuvre des politiques internes, dans la supervision des activités et dans le suivi des indicateurs de performance [8].

La fonctionnalité du CMS et du COMEDIM reflète également une bonne maîtrise des processus cliniques et logistiques. En effet, ces organes favorisent l'adoption de protocoles de soins standardisés, la gestion rationnelle des médicaments et la prévention des ruptures de stocks. Cette observation rejoint les conclusions de Tchouaket et al, selon lesquelles la performance des hôpitaux africains dépend fortement de la capacité institutionnelle à coordonner les processus internes et à garantir la continuité des soins [9]. Toutefois, la fonctionnalité structurelle ne garantit pas nécessairement la performance des résultats. Selon Donabedian (1988), une structure organisationnelle solide n'a d'impact réel que si elle s'accompagne de processus efficaces et de mécanismes d'évaluation continue [1], [10]. Des observations similaires ont été rapportées par Rakotoarivelo et al. (2018) dans une étude sur la gouvernance hospitalière au CHRD II d'Ambositra (Madagascar), où bien que 80 % des organes soient fonctionnels, seuls 55 % tenaient régulièrement des réunions trimestrielles. Cela rejoint l'analyse de Kebede et al. (2019) en Éthiopie, selon laquelle la gouvernance hospitalière souffre souvent d'un manque de culture du suivi et d'une participation inégale des acteurs administratifs [11].

A.1. Organisation Interne

L'existence d'un Règlement Interne (RI) est fondamentale. Il assure la cohérence des pratiques et fournit un cadre normatif pour la gestion des ressources humaines et des opérations. Un RI bien appliqué est la base de l'ordre organisationnel [12]. La présence de l'affichage sur la tarification des services et le processus de paiement (présentation du reçu ASP, affichage des prix) est un pilier de la transparence financière et de la lutte contre la corruption, protégeant à la fois l'établissement et l'usager [13].

A.2. Planification et Programmation

Le PEH est l'outil stratégique fondamental pour un hôpital. Son existence (en cours de renouvellement 2025-2027) démontre une vision à long terme et une capacité à anticiper les défis (pénurie de ressources, besoin d'infrastructures) [14]. L'existence et le suivi périodique du PTA et du Budget Programme sont des indicateurs d'une gestion proactive et intégrée [15]. Selon Ravelomanana et al en 2020, la planification sanitaire dans les hôpitaux de district à Madagascar est souvent plus formelle qu'opérationnelle ; seulement 40% des établissements analysés ajustent effectivement leurs plans sur la base des indicateurs trimestriels. Des constats similaires ont été faits au Mali par Coulibaly et al en 2021, où la non-utilisation des outils de suivi a été associée à une baisse de 15 % de la performance hospitalière [16]. Dans le cadre du modèle de Donabedian, cela touche à la fois la *structure* (existence d'outils de planification) et le *processus* (utilisation effective de ces outils) [1].

A.3. Evaluation de la gestion des ressources financières

A.3.1. Gestion des Ressources Financières

La constatation selon laquelle la gestion de toutes les sources de financement (Crédit de l'État, Recettes Propres, Fonds d'Équité Hospitalier, Fonds de Secours, etc.) est conforme aux instructions permanentes (N° 301 du 20/09/2017) est un indicateur de bonne gouvernance financière et de transparence [17]. La présence de multiples sources de financement (État, RPE, Unités productives, FEH, Dons) est conforme aux modèles modernes de financement hospitalier décentralisé, visant à réduire la dépendance au seul budget de l'État et à garantir une certaine autonomie financière [13]. L'existence et la conformité du Fonds d'Équité Hospitalier (FEH), un mécanisme courant dans les pays à faible revenu, sont essentielles. Son rôle est de subventionner les soins pour les plus démunis, garantissant l'accès aux soins et incarnant le principe d'équité [18].

A.3.2. Etat budgétaire du CHRD Anosy Avaratra

Une dégradation progressive de la performance d'exécution budgétaire et une chute du taux d'engagement de 88,15% en 2022 à 7,25% en 2024. En outre, le nombre d'opérations d'engagement est passé de quatre en 2022 à seulement une en 2023 et 2024. Le non disponibilité de personnel clé (gestionnaire d'activité) a bloqué la chaîne des dépenses, conduisant à des retards ou voire de blocage dans l'engagement budgétaire [19]. Dans l'administration publique, les étapes d'engagement de dépenses nécessitent des responsables désignés pour garantir la légalité et la régularité [20]. Une telle situation est décrite dans plusieurs études africaines.

En Ouganda, Okello et al en 2019 ont observé que moins de 60 % des crédits affectés aux hôpitaux de district sont effectivement exécutés à cause de lenteurs administratives et du manque de compétences financières locales [21]. Ces résultats illustrent la tension entre disponibilité des ressources et capacité d'exécution, élément clé du *processus* de Donabedian.

A.3.3. Recettes Propres de l'établissement (RPE)

L'évolution du RPE (Figure 3) est significativement positive (hausse progressive de 15,36% par an de 2022 à 2024), ce qui est un indicateur de vitalité et d'attractivité du CHRd [19]. L'augmentation des RPE est la preuve que les utilisateurs sont prêts à payer pour les services, soulignant l'importance des mécanismes de recouvrement des coûts pour la pérennité financière de l'hôpital. Cela renforce la capacité de l'hôpital à autofinancer une partie de ses opérations [22]. Cependant, le fait que la chirurgie et la consultation représentent 50% des RPE signifie que l'hôpital est vulnérable à toute interruption de ces services (panne d'équipement, absence de personnel spécialisé) [23]. Il est important de souligner que, même si les RPE ont augmenté selon les données internes, les crédits alloués par l'État ont, eux, été sous-exécutés (source externe). Cette combinaison crée un risque majeur : la hausse des RPE pourrait être absorbée pour couvrir les dépenses de fonctionnement liées au manque de financement public, plutôt que d'être orientée vers l'investissement ou le développement des services [24]. À long terme, cette situation pourrait entraîner une dégradation progressive de la qualité des soins, faute de moyens pour renouveler ou maintenir les équipements et infrastructures.

A.4. Gestion des ressources humaines

A.4.1. Adéquation entre Spécialisation et Fonction

Cette étude montre que la majorité des postes stratégiques et cliniques sont occupés par du personnel dont la spécialisation correspond à la fonction, ce qui est très positif. Adéquation Compétences-Poste est un pilier de la gestion des compétences et un facteur direct de la qualité des soins [25]. Avoir un Médecin Chef spécialisé en Santé publique et des spécialistes (Chirurgiens, Pédiatre, Anesthésiste-Réanimateur) à leur poste garantit que les processus cliniques sont menés par des professionnels qualifiés, augmentant la sécurité et l'efficacité [26].

A.4.2. Perception du Personnel sur l'Environnement de Travail

L'évaluation du niveau de satisfaction du personnel hospitalier vis-à-vis de la gestion au sein du CHRd met en évidence une satisfaction globalement moyenne à modérer, avec des disparités selon les dimensions observées. Concernant les conditions de travail, les résultats ont révélé une relative stabilité : 46,94% moyennement satisfaits et 6,12% très satisfaits. La moyenne pondérée de 2,57 et l'écart-type de 0,64 confirment une opinion globalement homogène, traduisant un niveau de satisfaction modéré mais partagé. Les principales difficultés évoquées sont le manque d'équipements de protection, la vétusté des infrastructures et la surcharge de travail. Ces résultats sont comparables à ceux observés par Randrianarisoa (2020) au CHRd d'Antsirabe, où la satisfaction sur les conditions matérielles n'atteignait que 48 %, en raison de la vétusté des infrastructures et du manque de matériel biomédical [27].

Le critère de formation continue obtient une moyenne pondérée de 2,43, avec un écart-type de 0,86, indiquant une satisfaction faible et dispersée. Cette dispersion reflète une inégalité d'accès aux formations : certains agents ont bénéficié de sessions récentes, alors que d'autres n'ont pas été formés depuis plusieurs années. Plus de 48 % du personnel (16,33 % non satisfaits et 32,65 % peu satisfaits) partagent cette perception. Ce constat rejoint l'étude de Ranaivoson (2021), qui souligne que le manque de formation continue constitue un frein majeur à la motivation et à la performance dans les structures hospitalières publiques malgaches [28].

L'information de la direction est le mieux évalué avec une moyenne pondérée de 3,37, une variance de 0,57 et un écart-type de 0,76 traduisant un niveau de satisfaction relativement bon. Ces résultats concordent avec ceux de Rasolonjatovo et al. (2021), qui ont noté une amélioration progressive de la communication managériale grâce à la tenue régulière de réunions d'information, mais encore insuffisante pour impliquer tout le personnel [29].

Le critère relatif aux moyens matériels disponibles présente une moyenne pondérée de 2,66, une variance de 0,62 et un écart-type de 0,78. Ces valeurs traduisent une satisfaction mitigée : 46,34 % du personnel se dit peu satisfait et seulement 17,07 % très satisfaits. Cette perception s'explique par le manque d'équipements fonctionnels, les ruptures de stock récurrentes et le manque

d'entretien du matériel existant. Une situation similaire a été rapportée par Andrianarisoa et al. (2022), qui ont observé que plus de 60 % des CHRDR de Madagascar disposent d'équipements obsolètes [30].

A.5. Gestion des ressources matérielles

L'évaluation des ressources matérielles du CHRDR Anosy Avaratra révèle un établissement qui s'efforce d'assurer ses fonctions de base, mais qui fait face à des carences critiques en infrastructure énergétique et en équipements essentiels, des problèmes directement liés à la paralysie budgétaire précédemment observée. Le CHRDR Anosy Avaratra n'a pas encore obtenu le quitus pour l'approbation de ses ressources matérielles. Cependant, les efforts récents (inventaires, saisies, fiches de détenteurs) de l'agent nouvellement affecté montrent une volonté de se conformer à la réglementation. L'absence de quitus indique une faiblesse historique dans la gestion du patrimoine hospitalier. Or, la comptabilité matière est fondamentale. Elle garantit la traçabilité, prévient le gaspillage et le vol, et est une condition nécessaire pour l'audibilité et la planification des remplacements [22].

L'établissement dispose de 32 lits répartis sur 8 salles. La structure est fortement orientée vers la mère et l'enfant (Pédiatrie : 12 lits, Salle Femme : 6 lits), ce qui est cohérent avec la mission d'un Centre Hospitalier de Référence de District (CHRDR) qui doit couvrir les soins de base et les urgences obstétricales/pédiatriques. Les dimensions des salles (6,30m×6m×3,50m) peuvent être adéquates. Cependant, l'observation selon laquelle la "Salle Femme" inclut les "mères post accouchées avec son nouveau-né" crée un risque élevé d'infections nosocomiales. Séparer les suites de couches (mères/nouveaux-nés) des patientes générales est une norme d'hygiène fondamentale afin de prévenir la transmission d'infections [31]. En outre, cette étude a constaté que le CHRDR Anosy Avaratra dispose d'un ensemble de ressources matérielles de base permettant le fonctionnement de ses services essentiels : un groupe électrogène, une ambulance, des réfrigérateurs pour la chaîne de froid, trois ordinateurs et une imprimante. Cependant, plusieurs lacunes structurelles ont été relevées : le quitus de la comptabilité matière n'a pas encore été obtenu, Le système solaire (42 panneaux) est hors service depuis 2021, ce qui compromet l'autonomie énergétique, le matériel radiographique est endommagé et irréparable, entraînant une dépendance vis-à-vis des établissements voisins, la traçabilité des biens est encore partielle, bien que les procédures d'inventaire et de valorisation soient engagées. Ces constats traduisent une structure matérielle existante mais dégradée, affectant directement la continuité et la qualité des soins. Selon le modèle de Donabedian, cette situation reflète une défaillance de la dimension "structurelle", qui conditionne négativement le "processus" (prestations) et le "résultat" (satisfaction et performance). Les travaux d'Andriamihaja et al. (2019) sur les infrastructures hospitalières à Madagascar ont indiqué que plus de 60 % des CHRDR ont présenté des équipements en panne ou non conformes aux normes techniques, principalement en radiologie et en énergie électrique [32]. En Afrique de l'Ouest, Ouedraogo et al. (2020) ont trouvé que 43 % des hôpitaux de district du Burkina Faso souffraient d'un déficit de maintenance et d'une absence d'inventaire complet des matériels, ce qui limitait la planification des renouvellements [33]. Selon l'OMS (2018), les infrastructures et équipements hospitaliers dans les pays à revenu faible et intermédiaire sont souvent sous-utilisés ou hors service, avec un taux moyen de non-fonctionnalité de 40 à 70 % des appareils biomédicaux [34].

B. Performance et satisfaction

Cette section décrit principalement les variables de processus du CHRDR Anosy Avaratra, englobant l'évolution de l'activité médicale, les indicateurs d'hospitalisation.

B.1. Evolution des activités médicales

L'activité totale de l'établissement affiche une croissance considérable de 21,58% entre 2022 et 2023, signalant une confiance accrue de la population envers le CHRDR Anosy Avaratra. Cette performance globale est tirée par l'explosion de l'activité en Maternité (+92,54% en 2023), positionnant clairement le service comme un pôle de référence. Cependant, cette spécialisation est contrebalancée par des tendances inquiétantes dans d'autres services à haute valeur ajoutée. La chute continue et importante de l'activité au Bloc Opératoire (-19,00% en 2024) et la forte régression en Stomatologie (-24,80% en 2024 après une hausse en 2023) sont des signaux d'alerte majeurs. La baisse de l'activité chirurgicale impacte directement le potentiel de recettes et pouvant être liée à des problèmes d'équipement (déficience de la radiologie), coupure fréquente de courant, de sécurité perçue, ou de disponibilité des ressources humaines (médecins anesthésistes) [35] et aussi l'insuffisance en matériels et équipements.

B.2. Indicateurs hospitaliers

Les indicateurs hospitaliers du CHRD ont mis en évidence un taux d'occupation des lits est structurellement bas (27,98% en moyenne) ce qui indique une sous-utilisation des capacités d'accueil (32 lits) et génère un coût par journée d'hospitalisation élevé, pénalisant l'efficacité économique de l'établissement [36]. Le taux de fréquentation hospitalière est de 0,04% en moyenne coïncidant avec le taux de mortalité (5,26% en moyenne). Ce taux de mortalité est un signe d'alerte de sécurité exigeant une analyse immédiate de la qualité des processus durant cette période [37].

V. CONCLUSION

Les résultats de cette étude mettent en lumière un paradoxe entre la gestion administrative formelle et la pratique opérationnelle effective au sein du CHRD Anosy Avaratra. Bien que les structures de gouvernance soient fonctionnelles et la planification est respectée, la chaîne de financement et d'investissement restent défaillante, limitant l'efficacité des actions. L'étude révèle ainsi que le respect des structures administratives favorise la confiance de la population et la réputation de l'hôpital (+21,58 % d'activité), mais que ces gains sont réduits par un taux d'exécution budgétaire très faible (7,25 % à mi-année en 2024) et par la dépendance excessive aux recettes propres, qui enferme l'établissement dans une gestion de survie. Ces dysfonctionnements entraînent des conséquences directes : rupture des soins, impossibilité de réparer les équipements essentiels (radiographie, énergie) et détérioration du capital humain par la démotivation du personnel. Pour consolider ces résultats, il est suggéré de renforcer la planification, d'améliorer la gestion budgétaire, de promouvoir la formation continue, et d'introduire progressivement des outils numériques pour moderniser la gouvernance hospitalière.

REFERENCES

- [1] Donabedian A. Explorations in Quality Assessment and Monitoring Vol. 1. The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. Health Administration Press, Ann Arbor. 1980; Vol1.
- [2] World Health Organization. *Global report on effective hospital management*. Genève 2019.
- [3] World Bank. *Health Systems Governance and Financing Review. Rapport 2022*.
- [4] European Observatory on Health Systems. *Hospital governance in Europe: Trends and challenges. Rapport 2021*.
- [5] Tchouaket E. *Hospital Management and Efficiency in Sub-Saharan Africa*. BMC Health Services Research. 2019.
- [6] WHO Africa . *State of Health in the African Region: Promoting Efficiency in Health Systems. Rapport 2020*.
- [7] Ministère de la Santé Publique. Instructions permanentes N° 301 Portant Organisation et Fonctionnement des Centres Hospitaliers de Référence Régionale (CHRR), des Centres Spécialisés (CS) et des Centres Hospitaliers de Références de Districts (CHRDR); 2017.
- [8] Jalilvand MA, Raeisi AR, Shaarbafchizadeh N. Hospital governance accountability structure: a scoping review. BMC Health Services Research. Janv 2024 ; 24(1) : 47.
- [9] World Bank. *Health Systems Governance and Financing Review: Sub-Saharan Africa. Rapport 2020*.
- [10] Hamdaoui M. Analyse de la performance hospitalière par l'étude des parcours de soins. [Thèse de doctorat en Médecine]. Bordeaux : Université de Bordeaux ; 2023.
- [11] Kebede S, Abebe F, Wolde M. Hospital governance and performance in low-resource settings: the Ethiopian experience. *BMC Health Serv Res*. 2019;
- [12] Légasse D. La gouvernance hospitalière: une complexité croissante, multiple et sous-estimée. *Pyramides*. 2023 ; 33(2) : 65-82.
- [13] Akinleye DD, McNutt LA, Lazariu V, McLaughlin CC. Correlation between hospital finances and quality and safety of patient care. *PLOS ONE*. 16 août 2019.

- [14] Dubas-Jakóbczyk K, Kocot E, Tambor M, Quentin W. The association between hospital financial performance and the quality of care—a scoping review protocol. *Systematic Reviews*. 10 août 2021.
- [15] Ministère de la Santé Publique de Madagascar. Plan de Développement du Secteur Santé (PDSS) 2020-2024.
- [16] Coulibaly M, Diarra S, Keita T. Hospital management and performance in Mali: impact of planning and budgeting tools. *Int J Health Plann Manage*. 2021 ;36 (5) : 1457-1465.
- [17] Sebai J. L'évaluation de la performance dans le système de soins. Que disent les théories ? *Santé Publique*. Août 2015 ; 27(3) : 395-403.
- [18] Organisation mondiale de la Santé. Cadre de gestion pour des établissements de santé efficaces. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2017.
- [19] WHO (World Health Organization). Guidance on hospital governance. Regional Office for the Western Pacific ; 2010.
- [20] Hysong SJ, Amspoker AB, Hughes AM, Woodard L, Oswald FL, Petersen LA, et al. Impact of team configuration and team stability on primary care quality. *Implementation Science*. Mars 2019; 14(1): 22.
- [21] Okello D, Mugisha J, Mpeka B. Financial management and hospital performance in Ugandan districts. *Afr Health Sci*. 2019 ;19(4) : 2982-2990.
- [22] OECD. Budgeting and Resource Allocation in Health. Rapport 2007.
- [23] Dereck F, Channon. Implementation of Strategic Planning, P Lorange, Prentice Hall International Englewood Cliffs, N.J., U.S.A. *Strategic Management Journal*, Wiley Blackwell. 1983; 4(1): 93 -93.
- [24] Barach P, Shrestha R, Adhikari N. Hospital maintenance and resource efficiency in low-income countries: a case study from Nepal. *Int J Health Policy Manag*. 2020; 9(6): 243–251.
- [25] WHO (World Health Organization). The world health report 2006: working together for health. 2006.
- [26] Donabedian A. The Quality of Care: How Can It Be Assessed? *JAMA*. 1988 ; 260(12) : 1743-8.
- [27] Randrianarisoa H. Analyse de la satisfaction du personnel hospitalier au CHRD Antsirabe [Thèse de Doctorat en Médecine]. Antananarivo : Université d'Antananarivo Faculté de Médecine ; 2020.
- [28] Ranaivoson F. Facteurs de motivation et formation continue du personnel hospitalier. *Revue Africaine de Santé Publique*. 2021 ; 13(4) : 112-119.
- [29] Rasolonjatovo T, et al. Évaluation du système de communication interne au CHRD Fianarantsoa. *Revue Médicale de Madagascar*. 2021 ;11(2) : 45-53.
- [30] Andrianarisoa D, et al. État des infrastructures et équipements hospitaliers dans les CHRD de Madagascar. *Revue Malgache de Gestion Hospitalière*. 2022 ; 5(1) : 23-31
- [31] Cresswell K, Williams R, Morrison V. The role of technology in supporting chronic care management. *Informatics for Health and Social Care*. 2011 ;36(4) :254-68
- [32] Andriamihaja R, Rakotomalala H, Rasamimanana R. Évaluation des infrastructures hospitalières publiques à Madagascar : état des lieux et priorités de réhabilitation. *Rev Méd Trop Santé Publique*. 2019 ;4(2) :75–83.
- [33] Ouedraogo Y, Zongo I, Sawadogo R. Problématique de la maintenance hospitalière au Burkina Faso : étude dans les hôpitaux de district. *Pan Afr Med J*. 2020 ;36(1) :114–121.
- [34] World Health Organization. *Medical equipment maintenance programme overview*. Geneva : WHO ; 2018



IJPSAT
SSN:2509-0119

International Journal of Progressive Sciences and Technologies (IJPSAT)

ISSN: 2509-0119.

© 2026 Scholar AI LLC.

<https://ijpsat.org/>



Vol. 57 No. 2 June 2026, pp. 612-624

-
- [35] De Vries EN, Prins HA, Houtman I, van Dijk K, Tielen M. Surgical efficiency: a literature review of perioperative performance indicators. *BMJ Open*. 2019 ;9(2): e024221.
- [36] Cavalieri M, Cerra C, De Vito C, Gatto R. Hospital beds utilization rates and efficiency: a cross-sectional study in Italy. *BMC Health Serv Res*. 2020; 20(1): 159.
- [37] Organisation Mondiale de la Santé. Directives pour la notification des données de morbidité et de mortalité dans les établissements de santé. Genève : OMS ; 2020.