



**REPOBLIKAN'I MADAGASIKARA**  
Fitiavana - Tanindrazana - Fandrosoana

**LOI n° 2011-003**

**PORTANT REFORME HOSPITALIERE**



## **LOI n° 2011 - 003**

### **portant réforme hospitalière**

#### **EXPOSE DES MOTIFS**

«Hôpitaux de Madagascar, publics ou privés, en possession de plateaux techniques dans des normes acceptables pour le pays, et dotés d'un statut, d'une organisation et d'une autonomie financière pour assurer des services de qualité, en circonstance normale ou en période de catastrophe, à toute la population, dans le respect total des droits humains » , constitue la vision du Ministère de la Santé Publique pour la Réforme Hospitalière.

La loi portant Réforme Hospitalière, qui fait l'objet du présent Exposé des Motifs, est le premier texte de base traduisant la volonté de mettre en œuvre la réforme hospitalière à Madagascar. En effet, contrairement aux autres composantes du système de santé, les Etablissements Hospitaliers n'ont fait l'objet d'aucun programme de développement depuis des dizaines d'années. Des enquêtes auprès de différents responsables et de praticiens hospitaliers ont conduit aux multiples constats suivants:

- extension des besoins et des possibilités de réponse à la demande de soins de la société malagasy ;
  - absence de Loi- cadre de référence et absence de culture de continuité ;
  - absence de textes régissant l'organisation et le fonctionnement pour les Centres Hospitaliers de Référence Régionale et les Centres Hospitaliers de District entraînant une multiplication et disparité d'utilisation des textes rudimentaires (circulaire, note de service, instructions);
  - inadaptation des modes d'organisation et de gestion des hôpitaux publics "administrés plutôt que gérés" ;
  - problèmes de procédures posés par le statut d'Etablissement Public à caractère Administratif (EPA) appliqué aux Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) ;
  - disparité entre les modes d'organisation des différents types d'Etablissements Hospitaliers ;
  - absence d'une vraie complémentarité publique/privée ;
  - manque d'offres de soins de qualité ;

- insuffisance de cadre réglementaire appliqué au secteur sanitaire privé non lucratif et lucratif;
- insuffisance de l'encadrement et de formation ;
- insuffisance sur le plan de la logistique (vétusté des infrastructures et des plateaux techniques, problème de maintenance,...), sur le plan financier (mécanismes actuels montrent leurs limites), sur le plan des ressources humaines (nombre, qualification, organisation de la formation,...), sur le plan des processus de planification/programmation.

Ces situations ont entraîné les Etablissements Hospitaliers publics dans une spirale de dégradation. Ainsi, les usagers se font de plus en plus une image négative des Etablissements Hospitaliers publics. Ce qui explique le faible taux de fréquentation des hôpitaux. Par conséquent, la réforme du secteur hospitalier public et privé s'avère indispensable afin de mieux répondre aux exigences d'une politique nationale de santé orientée vers la santé pour tous et aux exigences de la société malagasy qui demande une médecine plus juste et plus efficace.

Ces finalités rejoignent ceux décrits dans la politique nationale de santé, qui elle-même concrétise les dispositions de la Constitution de la République de Madagascar concernant la protection de l'individu et de sa santé (articles 19 et 21) et des Conventions internationales, en particulier la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme et le Pacte International relatif aux droits économiques sociaux et culturels, ratifiées par Madagascar.

La présente loi a été précédée par le document sur la Réforme Hospitalière, diffusé officiellement en mars 2007 et qui est composé par trois axes stratégiques : la réforme institutionnelle, la réforme organisationnelle et la réforme juridique.

La mise en œuvre de cette réforme exige l'élaboration d'une loi hospitalière qui servira de cadre de référence à toutes les activités y afférentes.

D'où l'enclenchement des travaux, au mois de février 2010, après une nomination du comité ad hoc d'élaboration de la loi portant réforme hospitalière, avec participation d'un consultant et des différents responsables des autres secteurs.

### **Le contenu de la Loi**

La loi portant réforme hospitalière comporte 5 grands titres composés de 116 articles :

- **Le Titre premier** est consacré aux dispositions générales et principes fondamentaux. Il y est donné une claire définition des Etablissements Hospitaliers, de leurs missions et obligations et la notion de Service Public Hospitalier (Chapitre Premier) suivie de l'énumération des droits et obligations des usagers à travers la « Charte du patient » (Chapitre II).

Le Chapitre III traite les domaines de la coopération nationale et internationale et des partenariats pour le développement de l'Hôpital : possibilité de coopération inter-hospitalière pour les établissements publics et privés participant au service public hospitalier, possibilité de contrat de partenariat public/privé en conformité avec la politique

nationale de contractualisation, possibilité de coopération internationale avec des personnes étrangères de droit public ou privé, dans le respect des engagements internationaux de l'Etat.

Les Chapitres IV et V sont consacrés à la création des 2 structures très importantes de la Réforme Hospitalière : l'Agence Nationale Hospitalière et la Direction centrale. Le premier servira surtout au pilotage de la réforme et aura un rôle d'observatoire et de conception des stratégies, le deuxième vise à mettre en œuvre la réforme proprement dite et aura une position stratégique au sein du Ministère chargé de la Santé car il sera rattaché directement au Secrétariat général.

- **Le Titre II** a fait l'objet d'un soin particulier en raison de son objet : l'organisation du système hospitalier public. Il est composé de 7 chapitres.

Le Chapitre premier donne la dénomination des établissements selon leur localisation, leurs caractéristiques juridiques, administratives et techniques et leurs vocations respectives : Centre Hospitalier Universitaire (CHU), Centre Hospitalier de Référence Provinciale et Régionale (CHRP /CHRR), Centre Hospitalier de Référence des Districts (CHRD), et détermine les prestations dispensées à chaque niveau : premier niveau (district), deuxième niveau (Province / Région), troisième niveau (National).

Les Etablissements Hospitaliers Publics peuvent être érigés en Etablissement Public à caractère Administratif portant appellation d'Etablissement Public de Santé (EPS) en raison de la spécificité de leurs missions et de leurs modes de fonctionnement. Ce statut d'EPS renforcera l'autonomie de gestion des établissements, permettra une gestion plus souple, mieux comprise et partagée avec les équipes professionnelles de santé. La Direction et le personnel sont responsables devant le Conseil d'Administration et parallèlement les tutelles renforcent leurs mécanismes d'évaluation et de contrôle. Le Chapitre II rappelle les différentes tutelles des établissements hospitaliers et décrit l'importance de la Carte Nationale Hospitalière et les éléments qui doivent y figurer.

Le Chapitre III, consacré à l'organisation fonctionnelle, explique, en son article 42, les différents organes d'administration et de gestion des établissements hospitaliers. Leur organisation technique interne, en départements et services, est développée dans le Chapitre IV. La création de département de soins infirmiers et obstétricaux contribue à la reconnaissance légitime du personnel paramédical dans son positionnement et son rôle.

Le contenu du Chapitre V concerne l'organisation de l'enseignement, de la formation et de la recherche, à travers la passation de conventions, la création du Comité de Coordination Hospitalo-Universitaire et du Comité Scientifique et la création d'une Fondation pour la Recherche. L'obligation d'élaboration d'un Projet d'Etablissement, dont la finalité est l'établissement de Contrat d'Objectifs et des Moyens avec le Ministère et /ou les partenaires, et l'importance du développement du système d'information et d'évaluation au sein même des établissements hospitaliers font l'objet du Chapitre VI. Le projet d'établissement définit les orientations stratégiques de développement avec les ressources

nécessaires pour les mener à bien. Cette approche se veut être participative et consensuelle sur l'ensemble des choix retenus au plan médical, managérial et social. Le Chapitre VII rappelle surtout le régime du personnel hospitalier et donne des précisions sur les primes d'intéressement.

- **Le Titre III**, comportant 4 chapitres, revêt une importance particulière en raison de son objet : le financement des établissements hospitaliers. Tout en participant à la réalisation du service public hospitalier, l'hôpital devra tendre vers l'équilibre de ses comptes. Ce titre III énumère les ressources financières et les charges des établissements hospitaliers et en fixe les principes de gestions : conservation des Recettes Propres, caisse d'avance dans chaque EPS. Les financements spécifiques des soins hospitaliers sont détaillés dans le Chapitre II : Participation Financière des Usagers, Fonds d'Equité Hospitalier, Systèmes de Tiers Payants. Le Chapitre IV de ce Titre III définit le contrôle de la gestion et l'audit des établissements hospitaliers.

- **Le Titre IV**, composé de 4 chapitres, concerne l'organisation du système hospitalier privé. La classification et le régime juridique des établissements hospitaliers privés y sont précisés. Ce titre définit et énumère les cas qui nécessitent une autorisation du Ministre chargé de la santé. Il définit la possibilité de participation des établissements hospitaliers privés au service public et rappelle les conditions d'exercice des établissements hospitaliers privés et le régime du contrôle.

- **Le Titre V** concerne les dispositions finales.

Il convient de préciser que l'adoption de la loi portant réforme hospitalière sera suivie des textes réglementaires d'application, d'une forte campagne d'information et de communication, d'une mise aux normes des Etablissements hospitaliers en terme de plateau technique et de ressources humaines, de l'Installation et mise en œuvre des nouvelles procédures et outils de gestion et d'une formation à l'intention des entités impliquées dans la mise en œuvre du programme de la réforme.

Les améliorations attendues de cette loi portent principalement sur :

- la reconnaissance des droits des usagers à travers la charte des patients et les obligations de l'hôpital (disponibilité permanente de service de soins hospitaliers, le traitement impératif de tous les cas d'urgences, amélioration continue de la qualité de soins,...),
- l'autonomie de gestion des Etablissements Hospitaliers par la transformation de ces Etablissements en Etablissement Public de Santé (EPS),
- le respect de tarifs accessibles des soins à la majorité de la population et le refus de l'exclusion par la prise en charge des personnes démunies dans le cadre du Fonds d'Equité Hospitalier,
- la reconnaissance des droits et avantages du personnel hospitalier,
- le développement de la formation et de la recherche en milieu hospitalier,
- la sécurisation des clientèles par le renforcement de la réglementation sur l'ouverture et les conditions d'exercices du secteur hospitalier privé.

Tel est l'objet de la présente loi.



## **LOI n° 2011 - 003**

### **portant réforme hospitalière**

Le Congrès de la Transition et le Conseil Supérieur de la Transition ont adopté en leur séance respective en date du 24 mai 2011 et du 27 mai 2011, la loi dont la teneur suit :

#### **TITRE PREMIER**

##### **DES DISPOSITIONS GENERALES ET DES PRINCIPES FONDAMENTAUX**

#### **CHAPITRE PREMIER**

##### **DES MISSIONS ET DES OBLIGATIONS DES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS**

##### **ET DU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER**

**Article Premier.-** La présente loi s'applique à l'ensemble des Etablissements Hospitaliers de Madagascar.

**Article 2.-** Les Etablissements Hospitaliers sont des structures de santé qui assurent :

- le diagnostic, le traitement et la surveillance des patients ;
- l'hospitalisation des patients lorsque leur état le justifie.

La qualité de la prise en charge des patients doit être un objectif essentiel pour tout établissement hospitalier ainsi que le respect de la continuité des soins, à l'issue de leur admission ou de leur hébergement, en liaison avec les autres structures de soins et les professionnels de santé.

**Article 3.-** Les Etablissements Hospitaliers comprennent :

- des Etablissements Hospitaliers Publics classés selon des critères juridiques et techniques précisés aux articles 29 et 30 de la présente loi ;
- des Etablissements Hospitaliers Privés à but lucratif ou à but non lucratif ;
- des Etablissements Hospitaliers des Armées.

**Article 4.-** Le service public hospitalier garantit pour tous un accès équitable aux soins. Il est tenu d'accueillir toute personne, de jour comme de nuit, en urgence si l'état du patient ou du blessé le justifie. Le service public hospitalier ne peut établir aucune discrimination entre les patients en ce qui concerne les soins.

**Article 5.-** Les Etablissements Hospitaliers Publics, les Etablissements Hospitaliers Privés et les Etablissements Hospitaliers des Armées, participant au service public hospitalier, doivent disposer de moyens adéquats, afin de dispenser des soins de qualité. Ces Etablissements sont tenus de prendre en charge les patients qui leur sont régulièrement référés ou doivent les diriger, sous leur responsabilité médicale, vers l'établissement le plus proche ayant les compétences requises.

Ces Etablissements dispensent aux patients les soins curatifs, préventifs et de réadaptation que requièrent leur état.

**Article 6.-** Tout établissement, ayant reçu un patient référé, adresse au praticien qui l'a référé un résumé du dossier médical.

**Article 7.-** Outre les missions définies aux articles 2 et 4 de la présente loi, le service public hospitalier concourt à :

- la mise en œuvre de toute activité de médecine préventive et d'éducation pour la santé, s'inscrivant dans le cadre des priorités de santé publique, définies par le Ministère chargé de la santé ;
- l'enseignement universitaire et postuniversitaire en sciences de la santé ;
- la formation continue du personnel médical ;
- la formation initiale et continue du personnel paramédical ;
- la recherche en sciences de la santé ;
- l'organisation de l'aide médicale d'urgence conjointement avec les entités concernées ;
- la prise en charge de la population pénitentiaire dans des conditions fixées par voie réglementaire.

**Article 8.-** La participation des Etablissements Hospitaliers des Armées au service public hospitalier est définie par voie réglementaire.

**Article 9.-** Les Etablissements Hospitaliers Publics, les Etablissements Hospitaliers Privés et les Etablissements Hospitaliers des Armées, participant au service public hospitalier, sont tenus d'assurer dans des situations exceptionnelles, un service minimum leur permettant de remplir leurs obligations de soins vis-à-vis des patients.

**Article 10.-** En cas de force majeure, tout personnel médical, paramédical, administratif et d'appui peut être réquisitionné par une décision du Ministre chargé de la Santé. Le cas de force majeure est reconnu lorsque :

- une situation conduit à l'interruption du fonctionnement normal des établissements hospitaliers de nature à mettre en danger la vie des patients ;
- une situation impose une urgence humanitaire.

**Article 11.-** Dans le respect des règles déontologiques, qui leur sont applicables, les praticiens des hôpitaux doit assurer l'information des personnes prises en charge en tenant compte de leur niveau de compréhension.

Le personnel paramédical doit participer à cette information dans leur domaine de compétence et dans le respect de leurs règles professionnelles.

**Article 12.-** Chaque personnel hospitalier est tenu au strict respect du secret médical et professionnel. La confidentialité des informations qu'il détient sur les personnes accueillies doivent être protégées, conformément aux lois en vigueur, notamment celles relatives aux droits et à la protection des personnes et le Code de la santé.

Toutefois, conformément à l'article 69 de la Loi n° 2007-023 du 20 Août 2007 sur les droits et la protection des enfants, en cas de découverte de signes de maltraitance chez un enfant, le personnel médical est tenu de dresser un rapport médico-légal. A cet effet, il n'est plus lié par le secret professionnel.

**Article 13.-** Un dossier médical doit être constitué pour chaque patient pris en charge. Ce dossier est archivé et conservé par l'Etablissement pendant une période de dix ans au moins. Les caractéristiques des différents types de dossier et les conditions d'archivage sont déterminées par voie réglementaire.

## **CHAPITRE II DES DROITS ET DES OBLIGATIONS DES USAGERS**

**Article 14.-** Le droit du patient au libre choix de son praticien et de son Etablissement hospitalier est un principe fondamental.

Aucune limitation à ce principe ne peut être introduite sauf cas de considération des capacités techniques des Etablissements hospitaliers, de leur organisation, de leur mode de tarification, des modalités de prise en charge dans le cadre d'un système de tiers payant et des contraintes liées à l'accès géographique ainsi qu'aux moyens de transport.

**Article 15.-** Chaque établissement doit rédiger une "Charte du patient", précisant les droits et obligations du patient vis-à-vis de l'Etablissement et des personnels, à partir d'un cadre général défini par voie réglementaire.

**Article 16.-** Tout médecin ayant prescrit l'hospitalisation d'un patient dans un Etablissement hospitalier doit avoir accès, sur sa demande, aux informations contenues dans le dossier dudit patient.

Tout médecin, ayant admis un patient dans son service hospitalier, doit avoir accès, avec l'accord dudit patient, aux informations contenues dans le dossier médical détenu par un autre Etablissement hospitalier public, privé ou des armées.

**Article 17.-** Tout patient hospitalisé a le droit d'obtenir, à sa demande ou par l'intermédiaire d'un médecin de son choix, les informations contenues dans son dossier médical.

### **CHAPITRE III DE LA COOPERATION NATIONALE, INTERNATIONALE ET DES PARTENARIATS**

**Article 18.-** Les Etablissements Hospitaliers, participant au service public hospitalier, peuvent constituer des groupements de coopération inter-hospitalière, afin de gérer ensemble des services communs leur permettant d'améliorer la qualité de leurs prestations.

Les groupements de coopération inter-hospitalière disposent de la personnalité morale et sont dirigés par un comité des directeurs d'Etablissements membres.  
Les modalités d'organisation et de fonctionnement sont définies par voie réglementaire.

**Article 19.-** Dans le cadre de leur développement, les Etablissements Hospitaliers Publics sont autorisés à conclure des contrats de partenariat public/privé conformément aux statuts de chaque Etablissement et à la législation en vigueur.

La procédure et les cahiers des charges y afférents sont définis par voie réglementaire.

**Article 20.-** Dans le cadre de l'accomplissement de leur mission, les Etablissements Hospitaliers peuvent participer à des actions de coopération internationale, avec des personnes étrangères de droit public ou de droit privé.

Pour la conduite de ces actions, ils peuvent signer des conventions dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur et des engagements internationaux souscrits par l'Etat.

**Article 21.-** Les dons en équipements, produits et consommables pharmaceutiques ne peuvent être acceptés que dans le respect des dispositions réglementaires notamment les conditions d'acceptation des Dons fixées par le Ministère chargé de la santé et en conformité avec les règles en vigueur avec les entités ou dans les pays donateurs.

### **CHAPITRE IV DE L'AGENCE NATIONALE HOSPITALIERE**

**Article 22.-** Dans le cadre de la mise en œuvre de la réforme hospitalière, il est créé auprès du Ministère chargé de la santé une Agence Nationale Hospitalière, ayant essentiellement les missions suivantes :

- piloter la réforme hospitalière et le suivi de sa mise en œuvre ;
- être un Observatoire pour la mise en place des nouveaux statuts des Etablissements Hospitaliers Publics et des organes afférents ;
- être un Observatoire du système hospitalier pour l'analyse, le suivi et l'évaluation des établissements hospitaliers en appui à la Direction centrale unique créée ;
- conduire les études de conception des stratégies à développer ;
- donner des avis, à la demande du Ministre chargé de la santé, notamment sur les grandes questions de la politique nationale hospitalière.

**Article 23.-** Le statut de cette Agence Nationale Hospitalière, la composition et les modalités de désignation des membres, les attributions et les modalités de fonctionnement sont fixés par voie réglementaire.

## **CHAPITRE V DE LA DIRECTION CENTRALE**

**Article 24.-** Une Direction centrale est créée afin de garantir d'une part la continuité des actions de réforme du système hospitalier public et privé et d'autre part d'assurer une tutelle technique efficace sur tous les Etablissements Hospitaliers Publics et Privés.

**Article 25.-** La Direction centrale est directement rattachée au Secrétariat Général du Ministère chargé de la Santé.

**Article 26.-** La Direction centrale a pour mission principale :

- de mettre en œuvre la réforme hospitalière avec l'appui de l'Agence Nationale Hospitalière ;
- de veiller à l'application des textes réglementaires, à l'harmonisation des normes et à leur supervision ;
- d'assurer le suivi, l'évaluation et le contrôle des Etablissements Hospitaliers Publics et Privés.

**Article 27.-** L'organisation de cette Direction ainsi que son fonctionnement et ses attributions sont fixés par voie réglementaire.

## **TITRE II DE L'ORGANISATION DU SYSTEME HOSPITALIER PUBLIC**

### **CHAPITRE PREMIER DES STATUTS, DE LA DENOMINATION ET DU CLASSEMENT DES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS PUBLICS**

**Article 28.-** Les Etablissements Hospitaliers Publics sont dénommés Centre Hospitalier Universitaire (CHU), Centres Hospitalier de Référence Provinciale ou Régionale (CHRP /CHRR) et Centre Hospitalier de Référence de District (CHRD) suivant leur localisation, leurs caractéristiques juridiques, administratives et techniques.

Leur objectif principal est la réalisation du service public hospitalier et ils sont soumis au contrôle des organes compétents de l'Etat.

**Article 29.-** Les Etablissements Hospitaliers Publics de premier niveau dispensent en priorité des prestations de médecine générale, de chirurgie générale, d'obstétrique et des soins d'urgence. Ils sont constitués des Centres Hospitaliers de Référence de District (CHRD).

Les Etablissements Hospitaliers Publics de deuxième niveau dispensent des prestations de médecine, de chirurgie générale, d'obstétrique, de spécialités, d'urgence et des soins spécialisés à caractère médical et chirurgical. Ils sont constitués des Centres Hospitaliers de Référence Régionale et Provinciale (CHRR /CHRP).

Les Etablissements Hospitaliers Publics de troisième niveau ont une vocation de soins qui s'étend sur l'ensemble du territoire national, liée à leur haute spécialisation en médecine, chirurgie, obstétrique, et spécialités. Ils ont vocation à assurer les formations pratiques de niveau universitaire et post-universitaire et la recherche. Ce sont les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU).

**Article 30.-** Les Etablissements Hospitaliers Publics peuvent être érigés en Etablissement Public à caractère administratif portant l'appellation d'Etablissement Public de Santé (EPS) en raison de la spécificité de leurs missions et de leurs modes de fonctionnement.

Les Etablissements Publics de Santé (EPS) sont des personnes morales de droit public dotées de la personnalité juridique et jouissant de l'autonomie administrative et financière. Ils assurent des missions de service public à vocation humanitaire.

**Article 31.-** Les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) et les Centres Hospitaliers de Référence Régionale et Provinciale (CHRR/CHRP) sont érigés en Etablissements Publics de Santé (EPS) avec les prérogatives et obligations qui s'y rattachent.

**Article 32.-** Les Centres Hospitaliers de Référence de District (CHRD) conservent leurs statuts de services rattachés, placés sous l'autorité administrative, technique et financière, du Ministère chargé de la santé.

**Article 33.-** Les Centres Hospitaliers de Référence de District peuvent être érigés en Etablissements Publics de Santé, par voie réglementaire, après avis de l'Agence Nationale Hospitalière.

**Article 34.-** Les principes fondamentaux d'autonomie des Etablissements Publics de Santé sont précisés dans les textes réglementaires portant statuts, organisation et fonctionnement notamment en matière de gestion des ressources financières, de gestion des ressources logistiques et de gestion des ressources humaines.

**Article 35.-** Le principe du recrutement de personnel contractuel par les Etablissements Publics de Santé est admis mais la décision est de la compétence du Conseil d'Administration dans le cadre de ses attributions et selon les besoins et les possibilités financières de chaque Etablissement.

## **CHAPITRE II DE L'ORGANISATION INSTITUTIONNELLE ET TERRITORIALE**

### **SECTION PREMIERE DES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS PUBLICS**

**Article 36.-** Les Etablissements Publics de Santé sont placés sous la tutelle financière du Ministère chargé des Finances et du Budget et sous la tutelle administrative et technique du Ministère chargé de la Santé.

L'exercice de cette double tutelle est assuré par les représentants des Ministères concernés au niveau de leur Région d'implantation.

Les autres Etablissements Hospitaliers Publics restent des services rattachés auprès du Ministère chargé de la Santé.

**Article 37.-** Les relations hiérarchiques et fonctionnelles avec les différentes tutelles sont précisées par voie réglementaire.

L'autorité de tutelle administrative et technique est garante de la réalisation de ses missions par les Etablissements Hospitaliers Publics, du fonctionnement régulier des organes d'administration et de gestion, du respect par chaque Etablissement Hospitalier Public des textes organiques, des statuts, des contrats et conventions et du patrimoine hospitalier.

**Article 38.-** L'articulation et les complémentarités entre les Etablissements Hospitaliers Publics, notamment pour la référence et la contre référence, sont précisées par voie réglementaire.

### **SECTION II DE LA CARTE HOSPITALIERE**

**Article 39.-** La carte hospitalière est un sous-ensemble de la Carte sanitaire nationale. Elle détermine de façon globale, sans distinguer le secteur public et le secteur privé, les structures et les ressources nécessaires à la prise en charge des soins hospitaliers, ainsi que leur localisation.

**Article 40.-** La carte hospitalière précise :

- les zones de couverture et de répartition des établissements hospitaliers ;
- les catégories et le classement des établissements ;
- pour chaque région sanitaire, la nature et l'importance des installations et des activités de soins nécessaires pour répondre aux besoins de la population, à partir des normes portant sur :

- le nombre et la nature des services médicaux, chirurgicaux, de spécialités et des services médico-techniques ainsi que le nombre de lits ;
- la liste des équipements biomédicaux et médico-techniques minimum pour chaque structure ainsi que la liste des équipements et installations d'un niveau technique dont l'acquisition est soumise à une autorisation préalable de la tutelle administrative et technique ;
- les ressources humaines nécessaires par l'élaboration des tableaux d'effectifs théoriques pour chaque structure ;
- les ressources logistiques adaptées.

**Article 41.-** La carte hospitalière, actualisée régulièrement et au moins tous les cinq ans, est fixée par arrêté du Ministre chargé de la Santé après avis de l'Agence Nationale Hospitalière.

### **CHAPITRE III DE L'ORGANISATION FONCTIONNELLE**

**Article 42.-** Les organes d'administration et de gestion des Etablissements Hospitaliers Publics sont :

Pour les Etablissements Publics de Santé (EPS) :

- le Conseil d'Administration, organe délibératif, qui définit la politique générale de l'établissement ;
- la Direction de l'établissement, organe exécutif, qui assure la gestion et la conduite générale de l'établissement ;
- les Organes Consultatifs composés de la Commission Médicale d'Etablissement (CME), dénommée Commission Médicale Hospitalo-Universitaire dans les Centres Hospitaliers Universitaires, de la Commission des Soins Paramédicaux et du Comité d'Etablissement.

Pour les Etablissements Hospitaliers Publics n'ayant pas le statut d'EPS :

- le Chef d'établissement définit et exécute avec son équipe de la chefferie le management de l'établissement ;
- les organes consultatifs composés du Conseil de Gestion, de la Commission Médicale et des Soins et du Comité d'Etablissement.

**Articles 43.-** Les règles de désignation des membres ainsi que les missions, les attributions et les modalités de fonctionnement des organes délibératifs et consultatifs sont fixées par voies réglementaires.

### **CHAPITRE IV DE L'ORGANISATION TECHNIQUE**

**Article 44.-** Les Etablissements Hospitaliers Publics sont organisés en départements et en services.

Les services des CHU, CHRP et CHRR sont regroupés en départements administratif, médical, médico-technique et des soins paramédicaux.

Les CHRD sont organisés en services administratif, médical, médico-technique et des soins.

**Article 45.-** Les conditions et modalités de nomination des responsables, l'organisation et le fonctionnement des départements et services sont fixés par voie réglementaire.

**Article 46.-** Les Etablissements Hospitaliers Publics peuvent offrir diverses catégories d'hospitalisation aux patients qui correspondent à des tarifications différentes. La qualité des soins médicaux et paramédicaux est identique pour tous les usagers, quelque soit leur catégorie d'hospitalisation.

Les modalités de classification, d'organisation, de tarification et de gestion des catégories d'hospitalisation sont fixées par voie réglementaire.

**Article 47.-** L'hospitalisation de jour et l'hospitalisation à domicile sont des alternatives à l'hospitalisation classique dont les modalités sont précisées par voie réglementaire.

**Article 48.-** Tout patient présentant une situation d'urgence médicale, engageant le pronostic vital, bénéficie d'une prise en charge thérapeutique immédiate et appropriée, sans que puisse être exigé de lui un paiement préalable.

La situation d'urgence ne dispense pas le patient de l'accomplissement des formalités financières.

**Article 49.-** Hors le cas d'urgence, aucun patient ne peut être admis dans un établissement hospitalier public et y recevoir des soins sans l'accomplissement préalable des formalités administratives et financières prévues par voie réglementaire.

**Article 50.-** Tout patient qui a été pris en charge par un établissement hospitalier se trouve sous la responsabilité de celui-ci jusqu'à ce qu'il ait été autorisé à regagner son domicile ou confié à un autre établissement hospitalier ayant les compétences requises pour assurer la continuité des soins.

Tout patient qui demande à sortir d'un établissement hospitalier contre avis médical doit signer une décharge. En cas de refus, un procès verbal, qui fait foi jusqu'à preuve de contraire, est établi par un médecin de l'établissement.

## CHAPITRE V

### DE L'ORGANISATION DE L'ENSEIGNEMENT, DE LA FORMATION ET DE LA RECHERCHE

**Article 51.-** Les Etablissements Hospitaliers Publics participent à la formation initiale et continue dispensée aux différentes professions de santé, notamment en accueillant des stages et en offrant un encadrement.

**Article 52.** - Les Etablissements Hospitaliers Publics sont habilités, pour tout ou partie de leurs services cliniques ou médico-techniques, à passer des conventions avec les écoles et instituts publics et privés de formation, d'enseignement et de recherche du secteur de la santé.

Les conventions précisent les modalités d'organisation ainsi que les obligations réciproques entre les Etablissements Hospitaliers concernés et chacun des instituts ou écoles de formation et de recherche qui dispensent un enseignement aux professions de santé.

Le cahier des charges type, élaboré par voie réglementaire, définit les responsabilités juridiques, administratives et techniques de l'établissement, du personnel et des apprenants par rapport aux activités de soins pour les patients. Il précise également les conditions d'intervention des formateurs des instituts et des écoles chargés de participer à l'encadrement.

**Article 53.-** Les Centres Hospitaliers Universitaires et les autres Etablissements Hospitaliers Publics accrédités passent des conventions hospitalo-universitaires avec les Facultés des Sciences de la Santé.

Ces conventions élaborées entre le Ministère chargé de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique et le Ministère chargé de la Santé, à partir d'une convention cadre fixée par voie réglementaire, précisent notamment les droits et les devoirs des enseignants qui interviennent dans les établissements. Elles déterminent également l'organisation des fonctions d'enseignants et des chercheurs, les responsabilités et les conditions de travail.

**Article 54.-** Dans les Centres Hospitaliers Universitaires, il est créé un "Comité de Coordination Hospitalo-Universitaire" où siègent des représentants des établissements ayant signé une convention avec les Facultés des Sciences de la Santé, des représentants du Ministère chargé de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique et du Ministère chargé de la Santé.

La composition, les conditions d'organisation et de fonctionnement de ce Comité de Coordination, ainsi que ses attributions, notamment les cas où son avis peut être requis, sont fixés par voie réglementaire.

**Article 55.-** Un comité scientifique et d'éthique est créé dans chaque Centre Hospitalier Universitaire, en accord avec la Faculté des Sciences de la Santé, suivant des conditions fixées par voie réglementaire.

**Article 56.-** Afin de promouvoir la recherche, la présente Loi autorise la création d'une Fondation pour la Recherche. Son organisation et son fonctionnement seront fixés par voie réglementaire. Elle s'inspire et respecte les orientations des déclarations et conventions internationales relatives à la recherche en santé et à l'environnement.

**CHAPITRE VI**  
**DE LA PLANIFICATION ET PROGRAMMATION DES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS PUBLICS**

**SECTION PREMIERE**  
**DU PROJET D'ETABLISSEMENT HOSPITALIER**

**Article 57.-** Les Etablissements Hospitaliers Publics sont tenus d'élaborer un Projet d'Etablissement Hospitalier (PEH) et de le soumettre à la validation des Conseils d'Administration pour les Etablissements Publics de Santé ainsi qu'à l'approbation du Ministère chargé de la Santé.

Pour les Centres Hospitaliers de Référence de District, non érigés en Etablissement Public de Santé, après avis du Conseil de Gestion, le Projet d'Etablissement Hospitalier est transmis au Ministère chargé de la Santé pour approbation.

**Article 58.-** Le Projet d'Etablissement Hospitalier définit les objectifs de l'établissement dans le domaine médical, des soins paramédicaux, de l'accueil des patients et de leur famille, de la gestion, du système d'information, de la politique sociale, de l'hygiène et de la sécurité, de la formation et de la recherche.

Il doit être compatible avec la Politique Nationale de Santé et la Politique Nationale Hospitalière. Il détermine les moyens et ressources nécessaires pour atteindre les objectifs fixés.

**Article 59.-** Le projet d'établissement hospitalier s'inspire du projet de développement de l'établissement lequel regroupe tous les schémas directeurs (infrastructures, équipements, informatique) programmés sur des périodes de dix (10) à quinze (15) ans.

**Article 60.-** La procédure d'élaboration et de mise en œuvre du projet d'établissement hospitalier ainsi que les critères d'éligibilité pour la signature de contrats d'objectifs et de moyens sont fixés par voie réglementaire.

**SECTION II**  
**DU SYSTEME D'INFORMATION ET DE L'EVALUATION**

**Article 61.-** Dans le respect du secret professionnel et des droits du patient, les Etablissements Hospitaliers Publics créent ou développent un système d'information permettant d'avoir une connaissance des activités, des coûts et de l'impact de l'offre de soins hospitaliers.

Ce système d'information hospitalier s'intègre dans le système national d'information sanitaire. Les modalités de cette intégration sont fixées par voie réglementaire.

**Article 62.-** Tous les Etablissements Hospitaliers Publics mettent en œuvre une politique d'évaluation de leurs activités pour assurer l'amélioration continue de la qualité des soins ainsi que leur efficience.

La mise en œuvre de cette évaluation fait l'objet d'un rapport annuel élaboré par l'Agence Nationale Hospitalière et adressé au Ministre chargé de la Santé.

**Article 63.-** Les Etablissements Hospitaliers Publics développent leurs moyens informatiques afin d'avoir accès aux réseaux et banques de données médicaux et scientifiques, nationaux et internationaux, avec l'appui de l'Agence Nationale Hospitalière et de la Direction centrale.

## **CHAPITRE VII DU REGIME DU PERSONNEL HOSPITALIER, DES ACTIVITES PERSONNALISEES ET DE L'INTERESSEMENT**

### **SECTION PREMIERE DU REGIME DU PERSONNEL**

**Article 64.-** Le personnel des Etablissements Hospitaliers Publics comprend :

- des agents relevant du statut de la Fonction Publique ;
- des agents "non encadrés" de l'Etat ;
- le personnel enseignant des Facultés des Sciences de la Santé ;
- des agents contractuels à plein temps ou temps partiel régis par le Code du travail ;
- des agents mis à la disposition de l'établissement par les Collectivités Territoriales Décentralisées (Région, district) ;
- des agents mis à la disposition de l'établissement dans le cadre de partenariats ou d'accords de coopération.

**Article 65.-** Tout agent de la Fonction Publique en poste dans un Etablissement Hospitalier Public a vocation à être affecté ou nommé, au cours de sa carrière, à d'autres fonctions.

Tout agent affecté dans un Etablissement Hospitalier Public a droit à la formation continue, au perfectionnement et à la spécialisation. Les conditions sont précisées par voie réglementaire.

**Article 66.-** Le personnel de santé des Forces Armées peut être détaché dans les Etablissements Hospitaliers Publics.

Les conditions d'emploi et de détachement sont fixées par un arrêté interministériel du Ministre chargé de la Santé et du Ministre chargé des Forces Armées.

**Article 67.-** La Direction Centrale met en place en collaboration avec la Direction des Ressources Humaines du Ministère chargé de la Santé une politique de développement des ressources humaines axées sur la planification du recrutement, l'amélioration de la formation, la mise en place d'un régime particulier du personnel hospitalier et visant à l'amélioration des différents corps des professions de santé existants et à créer. Les textes régissant les différents corps sont pris par voie réglementaire.

**Article 68.-** Les Etablissements Hospitaliers Publics sont représentés dans les différentes commissions de gestion des ressources humaines.

Les obligations et les droits du personnel des Etablissements Hospitaliers Publics sont ceux fixés par les lois et règlements en vigueur.

**Article 69.-** Les Etablissements Publics de Santé développent un système individualisé de gestion des ressources humaines tout en restant en conformité avec celui du Ministère chargé de la Santé.

## **SECTION II DES ACTIVITES PERSONNALISEES ET DE L'INTERESSEMENT**

**Article 70.-** Le personnel médical de la Fonction Publique exerçant dans les Etablissements Publics de Santé peut être autorisé à exercer des activités personnalisées en dehors de son heure de travail et en dehors de son établissement d'affectation, en respectant le principe de plein emploi édicté par le statut général des fonctionnaires et si la bonne exécution du service public hospitalier n'y fait pas obstacle.

La définition et les modalités d'exercice des activités personnalisées sont définies par voie réglementaire.

**Article 71.-** Chaque Etablissement Public de Santé met en œuvre une politique d'intéressement de son personnel aux résultats de l'exercice écoulé.

**Article 72.-** Les modalités d'organisation de l'intéressement dans les Etablissements Publics de Santé sont de la compétence des Conseils d'Administration dans le cadre de règles fixées par voie réglementaire.

**Article 73.-** Chaque Etablissement Hospitalier Public, non érigé en Etablissement Public de Santé, définit les primes d'intéressement et autres avantages non statutaires destinés au personnel dans le respect des règles générales d'attribution et de répartition fixées par voie réglementaire.

Le montant de ces primes et autres avantages, après avis consultatif du Conseil de gestion, doit être obligatoirement inscrit dans le budget de l'établissement.

## **TITRE III DU FINANCEMENT DES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS PUBLICS ET DU CONTROLE**

### **CHAPITRE PREMIER DES RESSOURCES ET EMPLOI**

**Article 74.-** Les Etablissements Hospitaliers Publics recouvrent et disposent de l'ensemble de leurs ressources générées par leurs activités, ainsi que celles qui leur sont affectées par subvention ou crédits octroyés par l'Etat.

**Article 75.-** Les fonds attribués aux Etablissements Publics de Santé sont déposés sur un compte de dépôt ouvert à leurs noms auprès du Trésor public.

Les Etablissements Publics de Santé sont autorisés, soit par les textes les instituant soit par arrêté du Ministre chargé des Finances et du Budget, à déposer leurs recettes propres dans des comptes bancaires ouverts en leurs noms auprès de banques commerciales de leur choix.

**Article 76.-** Les Etablissements Hospitaliers Publics non érigés en Etablissements Publics de Santé sont des services de l'Etat. Leurs crédits de fonctionnement et d'investissement sont inscrits dans le Budget Général de l'Etat.

Ces Etablissements peuvent créer des comptes d'affectation spéciale afin de pouvoir utiliser directement leur recettes, conformément aux dispositions des articles 33 et 34 de la Loi Organique n°2004 -007 du 26 juillet 2004 sur les Lois de Finances. Les opérations exécutées sur ces comptes suivent les mêmes procédures que celles du Budget Général de l'Etat. Les conditions de création de ce compte d'affectation spéciale et les dispositions particulières d'emploi des fonds déposés sont précisées par voie réglementaire.

**Article 77.-** Les ressources financières des Etablissements Hospitaliers Publics sont constituées notamment par :

- les subventions de fonctionnement et/ou d'investissement octroyées par des entités publiques ou privées ;
- les subventions spéciales (contrats d'objectifs et de moyens) ;
- les produits des prestations de service tarifées désignés par Recettes Propres de l'Etablissement (RPE) ;
- les produits de vente de médicaments et de consommables pharmaceutiques ;
- les emprunts autorisés par les textes réglementaires en vigueur ;
- les dons et legs acceptés ;
- les autres ressources notamment celles faites sous la forme de dotation directe en équipements ou sous la forme de produits et consommables pharmaceutiques par l'Etat ou les Collectivités.

**Article 78.-** Les charges des Etablissements Hospitaliers Publics portent principalement sur les dépenses suivantes :

- les dépenses de fonctionnement de l'établissement ;
- les dépenses programmées au titre des opérations d'investissement ;
- les dépenses consacrées à la formation, l'enseignement et à la recherche ;
- les dépenses relatives aux patients démunis dont la prise en charge est imputée sur le Fonds d'Equité Hospitalier suivant une procédure fixée par voie réglementaire ;
- les dépenses éventuelles relatives aux charges de personnel contractuel ;
- les dépenses imprévues liées à des situations d'urgence ou de catastrophe.

## **CHAPITRE II**

### **DES FINANCEMENTS SPECIFIQUES DES SOINS HOSPITALIERS**

**Article 79.-** Outre le paiement direct individuel et préalable à tout acte ou examen médical, des alternatives au financement de la santé sont à développer.

**Article 80.-** La participation financière des usagers (PFU) reste la règle. Toutefois, à partir d'une meilleure analyse des coûts et de nouvelles politiques de tarification, le Ministère chargé de la santé doit promouvoir, au niveau national et au niveau de chaque Etablissement Hospitalier Public, des mécanismes de prise en charge permettant de rendre accessible à tous l'offre de soins proposée.

**Article 81.-** Il est créé au niveau de chaque Etablissement Hospitalier Public un Fonds d'Equité Hospitalier. Son fonctionnement doit permettre une prise en charge pérenne et efficiente des patients reconnus comme démunis avant ou pendant leur séjour dans les Etablissements Hospitaliers Publics.

L'origine des fonds qui approvisionnent le Fonds d'Equité Hospitalier, la procédure administrative et financière d'utilisation et de contrôle des fonds sont fixés par voie réglementaire.

**Article 82.-** Les systèmes de tiers payants initiés et financés par les partenaires techniques et financiers doivent, avant leur mise en œuvre, apporter les garanties nécessaires et suffisantes de leur pérennité au-delà du financement initial prévu.

**Article 83.-** En application de la présente loi, l'Etat s'engage à encourager et à promouvoir la création de toute structure nationale, régionale ou locale de tiers payant publique ou privée à but lucratif ou non lucratif, répondant aux exigences de prévoyance et de mutualisation.

## **CHAPITRE III**

### **DU REGIME FINANCIER ET COMPTABLE**

**Article 84.-** Les Etablissements Publics de Santé sont soumis aux règles de la comptabilité publique, caractérisées par la séparation de fonction des ordonnateurs et des comptables.

**Article 85.-** Les règles de la gestion budgétaire et comptable des Etablissements Hospitaliers Publics sont fixées par voie réglementaire. Les textes réglementaires afférents fixent les conditions de conservation et d'utilisation des recettes propres et précisent la procédure relative à la création et l'utilisation d'une caisse d'avance dans chaque Etablissement Public de Santé et dans les Centres Hospitaliers de Référence de District maintenus comme services de l'Etat.

**Article 86.-** Le budget des Etablissements Publics de Santé prévoit l'ensemble de leurs recettes et de leurs dépenses et est présenté sous forme de budget de programme.

Le budget des Etablissements Publics de Santé préparé par l'ordonnateur est communiqué pour avis au Contrôle Financier, puis présenté au Conseil d'Administration. Il est ensuite visé dans sa

forme définitive, par le Contrôle Financier, puis approuvé par la tutelle technique et financière. Le budget approuvé est notifié par l'ordonnateur à l'Agent Comptable et au Contrôle Financier.

**Article 87.-** Le Plan Comptable des Etablissements Publics de Santé, appelé Plan Comptable Hospitalier, comportant la liste des comptes et le fonctionnement de chacun d'eux, est adapté en fonction des besoins et de l'importance de l'établissement qui après avis respectif du Conseil Supérieur de la Comptabilité et de la Cour des Comptes, est approuvé par la Direction de la Comptabilité Publique.

**Article 88.-** Dans les Etablissements Publics de Santé, le Directeur exerce la fonction d'ordonnateur du budget de l'établissement. Des ordonnateurs secondaires peuvent être nommés par les textes régissant l'établissement.

Les ordonnateurs prescrivent l'exécution des recettes et des dépenses. A cet effet, d'une part, ils constatent les droits des organismes publics, liquident, ordonnent et mettent en recouvrement les recettes, et d'autre part, ils engagent, liquident et ordonnent les dépenses.

**Article 89.-** L'Agent Comptable des Etablissements Publics de Santé est nommé par arrêté du Ministre chargé des Finances et du Budget. Il est chargé notamment :

- de la prise en charge et du recouvrement des ordres de recettes remis par les ordonnateurs ;
- du contrôle et du paiement des dépenses sur ordre émanant des ordonnateurs accrédités ;
- de la garde et de la conservation des fonds et valeurs appartenant ou confiés à l'établissement ;
- du maniement des fonds et des mouvements de comptes de disponibilités ;
- de la conservation des pièces justificatives des opérations et des documents de comptabilité ;
- de la tenue de la comptabilité du poste comptable.

Dans les Etablissements Hospitaliers Publics non érigés en Etablissements Publics de Santé, le recouvrement des recettes et le paiement de certaines dépenses à caractère urgent, spécifique ou de faible montant sont assurés respectivement par des régisseurs de recettes et des régisseurs d'avances régulièrement nommés et dûment habilités à cet effet. Ces régisseurs effectuent leurs opérations pour le compte de comptables publics assignataires.

**Article 90.-** Les Etablissements Hospitaliers Publics sont soumis aux règles générales de passation des marchés du Code des Marchés Publics.

#### **CHAPITRE IV DU CONTROLE**

**Article 91.-** Le contrôle de la gestion et d'audit des Etablissements Hospitaliers Publics est assuré par les organes de contrôle de l'Etat et des différentes tutelles.

**TITRE IV**  
**DE L'ORGANISATION DU SYSTEME HOSPITALIER PRIVE**

**CHAPITRE PREMIER**  
**DU REGIME JURIDIQUE DES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS PRIVES ET DE LA CLASSIFICATION**

**Article 92.-** Les Etablissements Hospitaliers Privés de soins sont les cliniques, les polycliniques et les hôpitaux privés.

La clinique est un établissement où est pratiquée une seule spécialité médicale, la polyclinique et l'hôpital privé sont des établissements où sont pratiquées plusieurs spécialités médicales.

**Article 93.-** Les Etablissements Hospitaliers Privés sont des établissements à but lucratif ou à but non lucratif.

**Article 94.-** Sont reconnues établissements privés à but non lucratif les établissements hospitaliers créés par :

- les ONG, conformément à l'article 2 de la loi n°96-030 du 14 août 1996 portant régime particulier des ONG à Madagascar ;
- les associations, Malagasy ou étrangères, déclarées « associations reconnues d'utilité publique », conformément aux dispositions des articles 12, 13 et 14 de la loi n° 60-133 du 3 octobre 1960, modifiée par la loi n° 75-017 du 13 août 1975, portant régime général des associations ;
- les confessions religieuses.

A cet effet, ils signent une convention avec le Ministère chargé de la Santé qui précise les obligations réciproques à respecter.

Les modalités et conditions d'élaboration de cette convention sont fixées par voie réglementaire.

**Article 95.-** La tutelle technique des Etablissements Hospitaliers Privés est exercée par le Ministère chargé de la Santé.

**Article 96.-** En dehors des obligations relatives aux procédures d'autorisation et de tutelle technique fixées par la présente loi et des éventuelles mesures de réquisition prévue par voie réglementaire, les Etablissements Hospitaliers Privés relèvent du droit privé.

## CHAPITRE II DU REGIME DES AUTORISATIONS

**Article 97.-** Sont soumis à l'autorisation du Ministère chargé de la Santé, les projets relatifs :

- à la création, à l'extension, à la reconversion ou à la suppression totale ou partielle, de tout Etablissement Hospitalier Privé ainsi qu'au regroupement de plusieurs de ces établissements ;
- à l'acquisition et à l'installation d'équipements lourds destinés à la réalisation d'activités de soins de haute technicité et coûteuses dont la liste et les caractéristiques sont précisés par voie réglementaire.

**Article 98.-** L'autorisation mentionnée à l'article 97 ci-dessus est accordée lorsque le projet est compatible avec les objectifs de la politique nationale de santé et répond, dans la région sanitaire d'implantation, aux besoins des populations tels qu'ils sont définis par la Carte nationale sanitaire et la Carte hospitalière prévue par la présente loi.

Les modalités administratives, les conditions techniques et les références de qualité et de compétence des personnels médicaux et soignants constitutifs du dossier de demande d'autorisation sont fixées par voie réglementaire.

Chaque dossier de demande d'autorisation est soumis à l'avis de l'Agence Nationale Hospitalière.

**Article 99.-** L'autorisation est donnée avant le début des travaux ou de l'installation des équipements ou de la mise en œuvre des activités de soins.

Lorsqu'elle est donnée à une personne physique ou à une personne morale de droit privé, elle ne peut être cédée avant le début des travaux ou de l'installation des équipements ou de la mise en œuvre des activités de soins.

**Article 100.-** L'autorisation d'ouverture et de fonctionnement est subordonnée au résultat positif d'une visite technique dont les modalités sont fixées par voie réglementaire.

**Article 101.-** La validité de l'autorisation est subordonnée à des résultats de contrôles périodiques des activités de soins, des installations, et des équipements concernés par les services compétents du Ministère chargé de la santé.

**Article 102.-** Toute autorisation est caduque si l'opération autorisée n'a pas fait l'objet d'un commencement d'exécution dans le délai d'un an, avec possibilité de prorogation d'un an.

La prorogation est demandée par le bénéficiaire au moins trois (3) mois avant l'expiration du délai prévu pour le début d'exécution du projet projeté. La caducité est constatée par le Ministère chargé de la Santé.

**Article 103.-** Le refus d'autorisation est susceptible de recours devant la juridiction administrative.

### **CHAPITRE III DE LA PARTICIPATION DES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS PRIVES AU SERVICE PUBLIC ET DU PARTENARIAT**

**Article 104.-** Les Etablissements Hospitaliers Privés peuvent être admis à participer à l'exécution du service public hospitalier sur leur demande ou sur celle de la personne morale dont ils dépendent, sous réserve qu'ils s'engagent à respecter les dispositions des articles de la présente loi.

Ils peuvent bénéficier de moyens de la part de l'Etat ou des Collectivités Territoriales Décentralisées dans le cadre de conventions particulières négociées à cet effet.

**Article 105.-** Les Etablissements Hospitaliers Privés admis à assurer des missions de service public hospitalier doivent répondre à des conditions d'organisation et de fonctionnement fixées par voie réglementaire. Ils établissent un projet d'établissement hospitalier compatible avec les objectifs de la politique nationale de santé ainsi qu'avec la politique nationale hospitalière.

**Article 106.-** L'admission à participer au service public hospitalier est prise par voie réglementaire après avis de l'Agence Nationale Hospitalière. Le refus d'admission doit être motivé.

**Article 107.-** Les règles de tarification applicables aux Etablissements Hospitaliers Publics s'imposent aux Etablissements Hospitaliers Privés conventionnés pour la part de leurs activités consacrées au service public hospitalier.

**Article 108.-** Les conditions d'emploi du personnel de la santé, agent de la fonction publique, dans les Etablissements Hospitaliers Privés sont déterminées par voie réglementaire.

### **CHAPITRE IV DES CONDITIONS D'EXERCICE, DE CONTROLE ET DES SANCTIONS**

**Article 109.-** L'autorisation accordée à un Etablissement Hospitalier Privé peut être retirée totalement ou partiellement, si lors des visites de contrôle faites par la tutelle technique, il est constaté que :

- la sécurité des patients n'est pas assurée,
- les conditions techniques minimales de fonctionnement ne sont pas respectées,
- des infractions aux textes législatifs et règlements pris pour la protection de la santé publique sont constatées.

Les modalités et procédures d'organisation des contrôles sont fixées par voie réglementaire.

**Article 110.-** Après une mise en demeure infructueuse, ou dans le cas où la situation présente un danger immédiat pour la santé humaine, la décision de suspension partielle ou totale prise par le Ministre chargé de la santé à l'encontre de l'établissement concerné devient exécutoire d'office.

**Article 111.-** La décision de réouverture ou de reprise des activités, partielle ou totale, est prise par le Ministre chargé de la Santé après résultats positifs d'une nouvelle inspection.

**Article 112.-** Est puni d'un emprisonnement de six mois à cinq ans et d'une amende de vingt millions d'Ariary à cent millions d'Ariary, ou l'une de ces deux peines seulement :

1. Quiconque ouvre ou fait fonctionner sans autorisation un Etablissement Hospitalier Privé,
2. Quiconque installe dans un Etablissement Hospitalier Privé des équipements en infraction aux dispositions des articles 97 à 103,
3. Quiconque passe outre de la suspension partielle ou du retrait de l'autorisation prévue à l'article 109.

En cas de récidive, la peine d'emprisonnement sans sursis est toujours prononcée. L'amende sera de cent millions d'Ariary à cinq cent millions d'Ariary.

Le Ministère Public est saisi par le Ministre chargé de la Santé pour les faits relevés dans le procès-verbal de constat, base de la poursuite.

**Article 113.-** En cas de non respect de la décision de fermeture totale, l'apposition de scellés est faite suivant la procédure de droit commun.

## **TITRE V DES DISPOSITIONS FINALES**

**Article 114.-** Toutes dispositions antérieures contraires à celles de la présente loi sont et demeurent abrogées.

**Article 115.-** En raison de l'urgence et conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi n° 62-041 du 19 septembre 1962 relative aux dispositions générales de droit interne et de droit international privé, la présente loi entre immédiatement en vigueur dès sa publication par voie radiodiffusée, télévisée ou par affichage, indépendamment de son insertion au Journal Officiel de la République.

**Article 116.**- La présente loi sera publiée au Journal Officiel de la République de Madagascar.  
Elle sera exécutée comme loi de l'Etat.

**Antananarivo, le 27 mai 2011,**

**LE PRESIDENT DU CONSEIL SUPERIEUR DE LA TRANSITION,**

**LE PRESIDENT DU CONGRES DE LA TRANSITION,**

**RASOLOSOA Dolin**

**RAHARINAIVO Andrianantoandro**