

# EVALUER LA VIABILITE DES CENTRES DE SANTE

---

## *Fascicule n° 1* GUIDE METHODOLOGIQUE

**Bruno GALLAND \***  
**Denis FONTAINE \*\***  
**Katia RASIDY \*\***

\* *Centre International de Développement et de Recherche*  
*CIDR - BP 1 - F-60350 Autrèches.*

\*\* *Réseau Médicaments et Développement*  
*ReMeD - 35 rue Daviel - F-75013 Paris*

Ce guide est issu d'un groupe de travail animé par le **Réseau Médicaments et Développement (ReMeD)**, et composé de **l'Association Française des Volontaires du Progrès (AFVP)**, du **Centre International de Développement et de Recherche (CIDR)**, et de **Medicus Mundi France (MMF)**, avec l'appui financier du **Ministère de la Coopération**.

**Il a été rédigé par :**

- ⇒ Denis Fontaine (AFVP / ReMeD)
- ⇒ Bruno Galland (CIDR)
- ⇒ Katia Rasidy (ReMeD)

**Avec les contributions de** (ordre alphabétique):

- ⇒ Honoré Aduayi (EMI, Ghana)
- ⇒ Edith Aschehoug (ReMeD)
- ⇒ Philippe Baraize (Medicus Mundi France)
- ⇒ Thierry Barbé (AT Coopération française, Côte d'Ivoire)
- ⇒ Serge Barbereau (PSF)
- ⇒ Thérèse Béné (AFVP, Cameroun)
- ⇒ Philippe Bouscharain (Ministère de la Coopération)
- ⇒ Carine Bruneton (ReMeD)
- ⇒ Bart Criel (IMT-Anvers)
- ⇒ Miguel de Clerck (MSF-B)
- ⇒ Damien Fessler (AFVP, Mali)
- ⇒ Yves-Antoine Flori (INSERM)
- ⇒ Martine Frasnetti (PSF)
- ⇒ Raymond Jung (OICS Medicus Mundi France, Burkina Faso)
- ⇒ Miloud Kaddar (CIE)
- ⇒ Bernard Laborderie (Ministère de la Coopération)
- ⇒ Madeleine Leloup (Ministère de la Coopération)
- ⇒ Ayaba-Hélène Mémain-Yénu (APROMACI Abidjan)
- ⇒ Alain Mével (AT Coopération française, Cameroun)
- ⇒ Daniel Nacoulma (District de santé de Houndé, Burkina Faso)
- ⇒ Félix Popotte (Medicus Mundi France)
- ⇒ Martin Révillion (Medicus Mundi France, Guinée)
- ⇒ Eric de Roodenbeke (Ministère de la Coopération)
- ⇒ Laurence Rogeon (AFVP, Cameroun)
- ⇒ Isabelle Simon (ReMeD)
- ⇒ Friedeger Stierle (ITHöG Heidelberg)
- ⇒ Jérôme Valette (Medicus Mundi France)
- ⇒ Annick Wostyn (Santé-Sud)
- ⇒ Abdoulaye Yougouda (Direction provinciale de la santé, Nord Cameroun)

***Vous avez utilisé ce guide: faites nous connaître vos résultats et vos critiques.***

***Pour tout renseignement ou commentaire, contactez:***

**ReMeD**

**35 rue Daviel, 75013 PARIS**

**☎ 33 1 53 80 20 20 / ✉ 33 1 53 80 20 21**

**E-mail: ReMeD 75013 @ aol.com**

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b>	<b>4</b>
<u>LA VIABILITE DES SERVICES DE SANTE</u>	5
<u>EVALUER LA VIABILITE DES CENTRES DE SANTE</u>	7
<u>OBJECTIFS ET LIMITES DU GUIDE</u>	8
<b>1. LA METHODOLOGIE D'EVALUATION</b>	<b>11</b>
<b>2. ETABLISSEMENT DES "TABLEAUX DE BASE"</b>	<b>14</b>
2.1. TABLEAU 1: DEMOGRAPHIE	14
2.2. TABLEAU 2 : ACTIVITES	17
2.3. TABLEAU 3: PERSONNEL	20
2.4. TABLEAU 4: RECETTES TARIFAIRES	22
2.5. TABLEAU 5: COUTS	24
2.6. TABLEAU 6: TABLEAU DES ROLES	30
<b>3. INDICATEURS ET DETERMINANTS DU FINANCEMENT ET DE LA GESTION DES SERVICES DE SANTE</b>	<b>33</b>
3.1. LES DETERMINANTS LIES AU FONCTIONNEMENT DES SERVICES DE SANTE	34
3.2. INDICATEURS ET DETERMINANTS ECONOMIQUES	38
3.3. INDICATEURS ET DETERMINANTS INSTITUTIONNELS	43
<b>4. ANALYSE: INTERPRETATION DE L'EVALUATION</b>	<b>48</b>
4.1. ETAPE 1: VALIDATION DES DONNEES	48
4.2. ETAPE 2: ANALYSE DU POUVOIR D'ATTRACTION DU CENTRE DE SANTE	50
4.3. ETAPE 3: ANALYSE DE LA SITUATION FINANCIERE	55
4.4. ETAPE 4: ANALYSE DU SCHEMA ET DES STRUCTURES DE GESTION	58
4.5. ETAPE 5: CONCLUSION DE L'EVALUATION	60
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>61</b>

## INTRODUCTION

Les services de santé ne se résument pas aux soins: consultations, pansements, médicaments, vaccinations, accouchements, etc. Derrière la **dimension technique** de l'acte de soin, il y a aussi une **dimension économique** (le coût des services), et une **dimension institutionnelle** (les responsabilités des acteurs).

La **dimension économique** des services de santé a longtemps été négligée, car les services de santé, étant considérés comme un droit, devaient autant que possible être gratuits. Elle fait un retour en force au nom du réalisme: certes la santé n'a pas de prix, mais les services de santé, eux, ont un coût, et l'on ne peut dépenser plus que ce que l'on possède.

La "gratuité" des services est également toute théorique: même dans un système de santé majoritairement public, l'Etat finance en réalité moins du tiers des dépenses de santé [9]. Quoique pauvres pour la majorité d'entre eux, les Africains dépensent de l'argent pour se soigner en combinant les multiples offres locales: thérapeutes traditionnels ou modernes, petits revendeurs de médicaments et autres "docteurs vélo".

La question n'est donc pas de savoir s'il faut ou non faire payer les services de santé: la population paye déjà beaucoup. Il s'agit plutôt de se demander:

1. s'il est possible de fournir des services de santé de qualité à un prix accessible pour la majorité des habitants d'un pays d'Afrique?
2. si les ressources nationales disponibles privées (les ménages) et publiques (état et collectivités locales) sont suffisantes pour assurer le financement à long terme de ces services?

Pour pouvoir répondre à ces questions, il est nécessaire d'évaluer les coûts des services de soins y compris ce qui est souvent oublié, comme les amortissements, les coûts non comptabilisés des « projets » qui fournissent certains services, et aussi ceux des pratiques parallèles du personnel qui complète ainsi ses revenus (et qui équivalent à des coûts salariaux cachés).

La **dimension institutionnelle** est apparue clairement quand le système public, dont l'Etat était l'acteur unique, a commencé à évoluer vers des systèmes plus participatifs avec des comités de santé et/ou de gestion, des associations de santé communautaire, ou des collectivités locales. Cette "participation" de la population est incontournable, car la santé n'est pas un bien qui se consomme passivement. L'importance de la contribution financière des ménages a également été citée plus haut. En pratique, la participation à la gestion des services se limite trop souvent à des travaux d'exécution plus ou moins imposés tels que l'apport de matériaux de construction, la corvée d'eau ou le désherbage du terrain du centre de santé. L'enjeu est bien plus important: il s'agit en effet d'associer véritablement la population à la prise de décision.

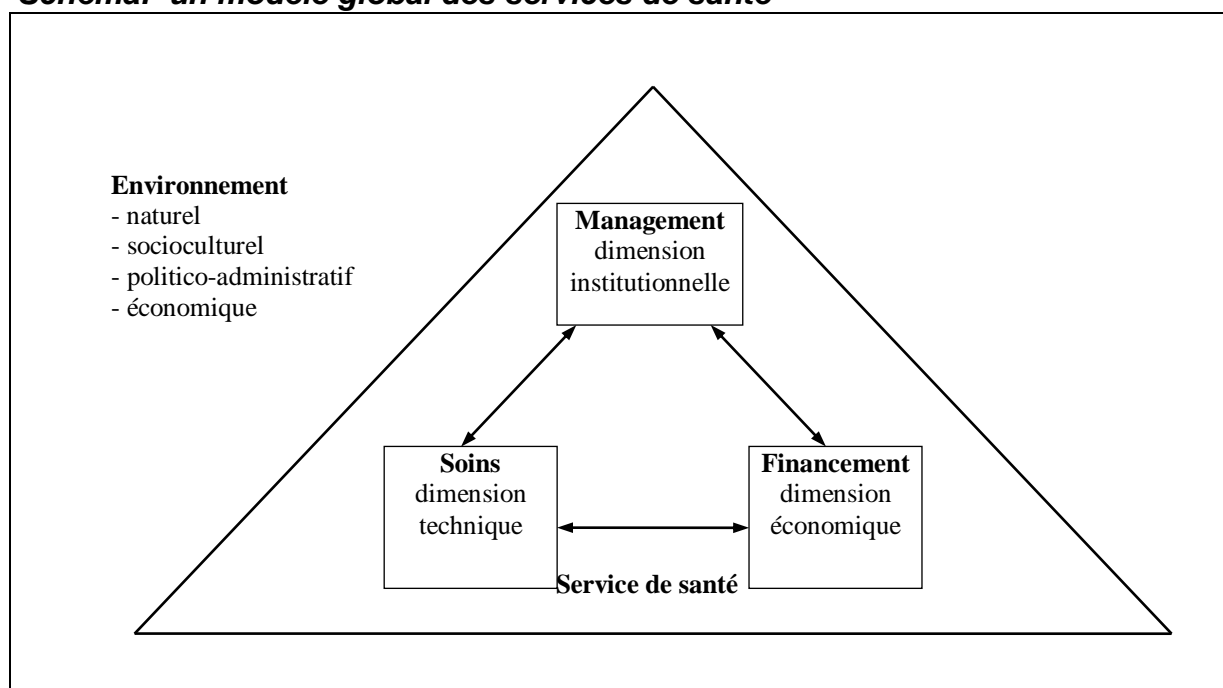
Qui dit participation dit responsabilité, sinon la participation n'est qu'un vernis. Ce qui nécessite un mode efficace de représentation de la population, dont les représentants doivent pouvoir rendre des comptes, et dont la légitimité repose sur des bases juridiques, avec une répartition claire des rôles entre les différents acteurs, des compétences, et un réel pouvoir de décision. Les difficultés de fonctionnement de nombreux comités de santé/gestion illustrent ces exigences.

La maîtrise locale du système est une condition importante de la pérennité des services de santé. Mais cette autonomie ne signifie pas indépendance, car elle doit s'inscrire dans le cadre d'une politique nationale de santé, orientée en priorité vers les maladies graves et fréquentes.

Faute de ce cadre, le risque est celui d'une dérive "commerciale" vers des services qui laisseraient de côté les priorités de santé publique pour satisfaire sans réflexion toutes les demandes des patients, y compris celles qui peuvent être inutiles ou dangereuses (injections, vitamines, etc.).

**Soins, financement, et management: ces trois dimensions des services de santé sont interdépendantes** (cf. schéma ci-dessous). On ne peut recouvrer les coûts si les soins ne sont pas attractifs pour la population (trop de distance, mauvaise qualité des soins) et si les décisions de gestion ne sont pas appliquées. La capacité du centre de santé à couvrir ses coûts suppose une fréquentation suffisante du centre, et des acteurs qui contrôlent les recettes et limitent les dépenses superflues. Une approche globale, "en trois dimensions", est donc nécessaire quand on s'intéresse à la pérennité des services de santé.

**Schéma: un modèle global des services de santé**



**LA VIABILITE DES SERVICES DE SANTE**

Les opérateurs de développement de systèmes sanitaires cherchent à soutenir l'émergence de services de santé qui:

- ⇒ offrent de façon continue les prestations accessibles, de qualité et à un coût réduit pour l'utilisateur;
- ⇒ soient pérennes sur le plan des soins, de leur gestion, et de leur financement.

Le recours à la participation financière des utilisateurs, la volonté d'impliquer la population dans la gestion des services de santé sont deux moyens retenus pour améliorer la qualité des prestations de façon durable.

Différentes stratégies ont été mises en oeuvre selon les pays. "L'Initiative de Bamako" a joué un rôle déterminant pour la promotion de ces stratégies au niveau national et international. Qu'en est-il aujourd'hui?

La mise en oeuvre à grande échelle de systèmes de financement et de gestion de services de santé avec participation communautaire a désormais dix ans. Les recherches ont d'abord porté sur l'acceptabilité pour les utilisateurs du paiement des soins. Les expériences de terrain ont montré que même les populations à faibles revenus sont disposées à payer leurs soins à condition que la qualité en soit suffisante.

Conçu au début pour couvrir les coûts des médicaments et une partie des charges de fonctionnement, le financement communautaire doit aujourd'hui dans certains pays ou systèmes, financer la totalité des charges de fonctionnement (personnel compris) et même le renouvellement des investissements initialement pris en charge par l'aide internationale. Les objectifs de financement sont en général atteints pour la couverture des coûts de fonctionnement, plus rarement pour les coûts d'amortissement. Cette charge, cependant, est lourde, et les recettes sont plus faibles dans les zones peu peuplées, ou diminuent quand, après un certain temps de fonctionnement, la routine s'installe, la qualité des soins se détériore et la fréquentation baisse [2,7,11,12,15,18-21,24,28,30-32,37,39,40,43,45,46].

Les objectifs propres d'un système de financement et de gestion ne doivent pas être en contradiction avec les objectifs assignés aux services de santé, qui s'expriment également en terme de **qualité, d'accessibilité et d'équité**.

*Au moment où la notion de "compétitivité" apparaît comme un déterminant majeur de la viabilité des services de santé, il convient de se garder d'une approche trop économique ou financière qui ne prendrait pas suffisamment en considération ces notions de qualité et d'accessibilité:*

- Il ne faut pas confondre **l'efficacité économique** d'un système de financement, c'est à dire sa capacité à générer des recettes suffisantes pour couvrir les charges, avec **l'accessibilité économique**, qui concerne le pouvoir d'achat d'une population cible. Un centre de santé situé dans une zone très peuplée (rurale ou urbaine) peut s'autofinancer sans pour autant être économiquement accessible à la majorité de la population.
- En ne considérant que les résultats financiers d'un service de santé, on prend le risque de ne pas accorder à la question des exclus l'importance qu'elle mérite.
- Concernant la qualité des soins, chacun connaît des prestataires (privés) qui, accordant une attention particulière à la qualité perçue par les malades, ont une grande efficacité économique mais une très faible accessibilité en raison des prix qu'ils pratiquent.

Sur le plan de la participation des populations à la gestion des services, les résultats ne sont pas à la hauteur des attentes. La mobilisation des acteurs locaux semble plus effective et durable dans les centres de santé privés associatifs que dans les comités de gestion des centres de santé publics.

Il est fréquent de constater que ces comités s'étiolent après le retrait de l'assistance technique et financière apportées par les "projets" de l'aide internationale, et cessent plus ou moins rapidement de jouer leur rôle.

Alors que la phase initiale d'étude de faisabilité peut être désormais considérée comme achevée, la **pérennité** des centres de santé avec participation communautaire devient la préoccupation dominante.

## **EVALUER LA VIABILITE DES CENTRES DE SANTE**

Cette viabilité passe par la recherche de l'autonomie sur trois niveaux:

- ⇒ Sur le plan **technique**, qui est la **délivrance de soins de bonne qualité**. Cette qualité est évaluée au regard des préoccupations de santé publique et des attentes des patients.
- ⇒ Sur le plan **économique**, qui est la capacité du centre à couvrir **tous ses coûts** avec ses **recettes propres** et les **autres financements qu'il reçoit** (subventions de l'Etat par exemple). Les critères d'évaluation sont la maîtrise des dépenses et des recettes et le niveau d'autonomie financière.
- ⇒ Sur le plan **institutionnel**, qui est la capacité des **acteurs** à "manager" le centre de santé, chacun en fonction de son rôle propre. Les critères d'évaluation sont l'efficacité et la maîtrise de la gestion au niveau local.

Poser la question de la viabilité des services de santé, c'est s'interroger à la fois:

- ↻ sur les services offerts et leur utilisation par la population,
- ↻ sur l'autofinancement et ses limites,
- ↻ et sur la structuration de relais institutionnels locaux qui gèrent ces services en autonomie.

Ces trois composantes de la viabilité sont interdépendantes [15,21,23,28,30-32,45-47]. Or nous n'avons eu connaissance que d'évaluations parcellaires: **aucune évaluation n'aborde simultanément ces trois dimensions**.

De nombreux indicateurs permettent une évaluation "technique" des services de santé [16,25,26,29,44]. L'évaluation économique des services de santé est assez répandue, mais elle se limite le plus souvent à une analyse des recettes et dépenses, suivant une approche comptable qui laisse de côté plusieurs catégories de coûts et ne pose pas la question de l'accessibilité financière [3,4,6,10,13,23,27,35,38,41,42]. Quant à l'évaluation institutionnelle, elle est pratiquement ignorée [1,18].

## **OBJECTIFS ET LIMITES DU GUIDE**

Ce guide a pour **objectif général** de répondre à la question suivante:

**"Dans quelle mesure ce centre de santé est-il autonome et viable?"**

### **◆ Objectifs spécifiques du Guide**

- **Objectif 1:** Fournir aux responsables sanitaires une méthode pour:
  - ⇒ évaluer la couverture sanitaire et le niveau d'autonomisation du financement et des systèmes de gestion,
  - ⇒ identifier les mesures à prendre pour renforcer l'autonomie financière et de gestion des services de santé.
- **Objectif 2:** Proposer une méthodologie utilisant un langage communs pour des évaluations transversales comparant différents systèmes de financement et de gestion.

### **◆ Les utilisateurs du guide**

Ce guide a été conçu à l'intention des **acteurs du développement des districts sanitaires**. Il doit leur permettre **d'évaluer par eux-mêmes** les objectifs qu'ils poursuivent. Ces acteurs peuvent être :

- Des responsables de santé, médecins ou professionnels de santé publique, au niveau national ou régional. Des membres d'équipes-cadres de district peuvent également utiliser le guide s'ils ont acquis les compétences nécessaires.
- Des responsables de projets de développement, qu'ils soient conduits par des ONG, des agences de coopération bilatérales, ou des organisations internationales.

La méthodologie d'évaluation présentée ici s'adapte à tout type de centre de santé, alors que les modalités de fonctionnement, de financement, et d'organisation des centres de santé peuvent être très divers. Si la méthode d'évaluation doit rester standardisée, en revanche les modalités de recueil de données devront être adaptées aux outils d'information existant dans chaque centre de santé évalué. Ce qui requiert des utilisateurs habitués à utiliser les systèmes d'information liés aux districts de santé et au "recouvrement des coûts".

**Ce guide peut également servir lors d'évaluations externes** conduites selon la méthodologie d'évaluation participative. La collecte des informations est alors réalisée par les responsables du district, selon un protocole s'inspirant de ce guide. L'exploitation et l'interprétation des résultats sont faites avec l'évaluateur.

### **◆ Limites du guide**

**Ce guide est un manuel d'évaluation du financement et de la gestion d'un centre de santé.**

Par "centre de santé", il faut comprendre une structure où des professionnels de santé délivrent des **soins primaires curatifs et préventifs intégrés**, et ses éventuels centres satellites.



Moyennant quelques adaptations, cette méthode pourra être utilisée pour évaluer un hôpital de district ou les autres structures du district (équipe-cadre, pharmacie), ou enfin le district dans son ensemble. Cette extension du Guide est prévue, elle permettra d'avoir une vision globale de la pérennité du système de santé du district.

**Ce guide ne permet pas d'évaluer de façon exhaustive le fonctionnement d'un centre de santé.** Pour ce faire, d'autres manuels sont disponibles, qui peuvent être utilisés [25,26,29]. Ce guide se limite à **l'évaluation des systèmes de financement et de gestion** des services de santé. Bien que la qualité des soins soit un objectif des services de santé à part entière, elle n'est abordée ici que comme un facteur déterminant le financement des services. Ainsi, n'ont été pris en compte que les principaux critères de qualité perçue par les patients, qui ont une incidence directe sur l'utilisation des services de santé. Des guides d'évaluation de la qualité existent déjà [16,22,25,26,44].

**Ce guide n'est pas un manuel de comptabilité analytique ou d'analyse des coûts** des programmes de soins. Plusieurs manuels d'analyse de coûts peuvent être consultés [6,10,13,18,23,27]. Ce guide comporte une importante partie d'analyse de coûts, mais va au delà en mettant ces coûts en relation avec les soins et les responsabilités institutionnelles des acteurs, dans une perspective de pérennité. Quant à la comptabilité analytique, elle concerne le calcul des coûts des différents services et actes produits dans le centre de santé, ce qui dépasse l'objectif du guide. Quoique intéressante, cette démarche n'a pas été retenue afin de ne pas compliquer l'évaluation.

**Ce guide ne permet pas de faire un contrôle de gestion** d'un centre de santé. Il s'intéresse au contrôle des recettes des actes curatifs et des médicaments, mais en considérant ces données comme des indicateurs de fonctionnalité du contrôle de gestion. Il ne s'agit pas d'un audit externe mais d'une évaluation: le but n'est pas de mettre à jour des défauts de gestion, mais de voir si les conditions d'une bonne gestion sont réunies et ce qui pourrait l'améliorer.

**Ce guide n'évalue pas les "pratiques parallèles"**. Il s'agit là de ressources directement allouées au personnel (en argent ou en nature) par les malades de façon non réglementaire. Ces pratiques illégales ne sont pas et ne peuvent pas être répertoriées par le système de gestion et de comptabilité: surfacturations, ventes directes de médicaments par le personnel, ou prestations de soins non autorisées, etc. Des méthodes d'évaluation (quantitatives et qualitatives) existent. Elles nécessitent des enquêtes auprès des utilisateurs et se heurtent à des résistances de la part des professionnels. Pour ne pas alourdir le travail, elles n'ont pas été retenues dans ce guide. Ce choix ne signifie pas pour autant que nous cautionnions ces pratiques, ni que nous les ignorions totalement: il en sera en effet tenu compte au moment de l'analyse.

#### ◆ **Originalité du Guide**

L'originalité de ce guide réside dans l'approche globale des trois dimensions du centre de santé, et dans le fait de centrer l'évaluation sur la question de la viabilité.

Pour ce faire, **chaque centre de santé est considéré comme une unité budgétaire et fonctionnelle** associant des acteurs ayant des attributions diverses dans la délivrance des soins, dans son financement et dans son management.

Sur le plan financier, chaque centre de santé a un budget autonome, qui doit trouver son propre équilibre. En ce qui concerne le management, un centre de santé dispose d'instances de décision, d'exécution et de contrôle, qui sont occupées par des acteurs différents, qui n'ont pas forcément les mêmes intérêts ou les mêmes attentes: l'administration, les représentants de la population, les professionnels de santé, etc.

Cette approche rend possible l'identification claire du rôle des intervenants extérieurs dont le concours est acquis pour une période déterminée. Les secteurs et les niveaux de dépendance sont ainsi rapidement identifiés.

Ceci permet aux opérateurs des districts sanitaires d'avoir des points de repères quantitatifs et qualitatifs précis, en particulier sur le niveau d'autofinancement réel de leur services de santé, et sur le niveau de maîtrise et de contrôle du système de gestion. Il leur est ainsi possible d'identifier les questions encore à résoudre pour rendre cette autonomisation des centres de santé du district plus effective.

Au total, ce guide a pour but de tester systématiquement tous les secteurs des trois dimensions d'un centre de santé. Cependant, il ne fournit pas un ensemble d'indicateurs exhaustifs permettant l'évaluation complète d'un centre de santé. En effet, nous avons choisi ici de limiter le nombre des indicateurs, afin que le document soit plus facile à utiliser, notamment en termes de charge de travail. Il sera toujours possible d'identifier des indicateurs complémentaires permettant d'approcher des problèmes spécifiques de façon plus fine.

# 1. LA METHODOLOGIE D'EVALUATION

Rappelons qu'il s'agit **d'évaluer le financement et la gestion d'un centre de santé**, dans la perspective de la pérennité du système, et non d'évaluer les services de santé dans leur ensemble. Cette évaluation doit fournir des informations fiables aux acteurs du développement dans le district sanitaire, leur permettant d'apprécier dans quelle mesure les objectifs qu'ils assignent à leur système de financement et de gestion sont atteints: générer les recettes suffisantes pour couvrir des charges de fonctionnement, optimiser les ressources disponibles, autonomiser la gestion par les acteurs locaux, etc.

L'évaluation du financement et de la gestion des services de santé comporte 3 phases :

- 1. Le recueil des données de base:** cela consiste à élaborer 6 "**tableaux de base**" pour la mise en forme des données nécessaires à l'analyse du financement et de la gestion des services de santé. Cette étape a pour but de présenter, sous une forme standardisée, des informations décrivant le centre de santé: le bassin de population, les services offerts, les ressources mobilisées, leurs coût, les rôles des différents acteurs de financement et de gestion. Cette phase est décrite tableau par tableau au chapitre 2.
- 2. Le calcul des indicateurs et le recueil des déterminants:** il s'agit, à partir des 6 "tableaux de base", d'extraire les indicateurs permettant de caractériser le niveau d'utilisation des services, la structure et le niveau d'autonomie du financement, et le niveau de fonctionnalité du système de gestion.  
Il s'agit aussi de recueillir des données complémentaires pour analyser les déterminants du financement et de la gestion. Cette phase est décrite pour chacune des trois dimensions (soins, financement, gestion) au chapitre 3.
- 3. L'analyse et l'interprétation:** cette phase de synthèse conduit à mesurer le degré d'atteinte des objectifs du recouvrement des coûts et à identifier les points de blocage sur lesquels il est possible d'intervenir. Les étapes à suivre lors de l'interprétation sont décrites au chapitre 4.

## ◆ Comment utiliser le guide?

Cet ouvrage s'intéresse au "centre de santé", c'est à dire une structure où des **professionnels de santé** délivrent des **soins primaires curatifs et préventifs intégrés**, et qui dispose d'une **certaine autonomie budgétaire et gestionnaire**, quelle que soit sa dénomination locale.

Le centre de santé peut disposer de lits "d'observation" et de maternité, mais il ne s'agit pas d'hospitalisation médicale ou chirurgicale. L'évaluation doit porter sur le centre lui-même, les activités qu'il mène en stratégie avancée, et les éventuelles structures qui dépendent de lui, telles que les centres de santé satellites (ou "postes de santé", selon certaines dénomination locale), et les agents de santé communautaires (ou villageois).

Ce Guide peut paraître ardu au premier abord, car il demande beaucoup d'informations dans des domaines très divers pour lesquels les professionnels de santé sont souvent peu formés, comme l'étude des coûts, ou l'analyse des rôles. Le concours d'un gestionnaire ou d'un économiste connaissant les réalités du district sanitaire est alors souhaitable. Pour une

première utilisation, une formation spécifique et l'appui d'une personne l'ayant déjà mis en œuvre sont également recommandés.

Il se peut aussi que toutes les données ne soient pas disponibles dans le centre de santé que vous avez l'intention d'évaluer. Ce Guide n'aurait que peu d'intérêt s'il devait être appliqué uniquement là où les problèmes sont résolus. Il doit être compris au contraire comme un outil pour mettre à jour les problèmes et les manques de façon systématique, puisque toutes les dimensions sont prises en compte. L'absence d'information dans un domaine est donc en elle-même une information importante pour le management du centre de santé: elle montre l'existence d'une "zone d'ombre", qui cache ou explique peut-être un dysfonctionnement.

L'évaluation du centre de santé donne une "photographie" de la situation à un moment donné, et sert de base pour des comparaisons ultérieures.

En ce qui concerne la mise en œuvre du Guide sur le terrain, il est recommandé au responsable de l'évaluation **d'associer les acteurs locaux du centre de santé et du district**. Leur implication est importante à tous les stades (le recueil des données, l'exploitation des données, et la rétro-information), car ce sont eux les principaux acteurs du centre de santé. Un changement dans le fonctionnement du centre de santé ne peut se produire que si leur perception de la situation évolue. Il faut donc faire ce travail en expliquant en quoi il peut leur être utile [Cf. en introduction, les paragraphes sur la viabilité].

**En pratique**, le Guide se présente sous forme de deux fascicules.

1. Ce premier fascicule est intitulé "**Guide méthodologique**": il présente la démarche logique de l'évaluation suivant les trois phases indiquées ci-dessus.
2. Le second fascicule est intitulé "**Manuel de l'enquêteur**": il doit être utilisé pour le recueil des données sur le terrain, et présente de façon précise les données à recueillir, les définitions, et les modes de calcul des indicateurs, en fonction des sources de données.

Il est préférable de **recueillir toutes les données sur 12 mois** pour supprimer les effets saisonniers. Il n'est pas obligatoire de travailler sur une année calendaire (de janvier à décembre).

Si le recueil sur 12 mois s'avère impossible, une période plus courte peut être choisie. L'important est de recueillir toutes les données **sur la même période** (activités, ressources, budget, etc.), notamment pour les tableaux de base.

Si plusieurs centres de santé du même district sont étudiés, il faut choisir la même période dans tous les centres afin de permettre les comparaisons.

**Les données générales** sont d'abord recueillies au niveau supérieur: région et district, éventuellement au niveau national. Dans le centre de santé lui-même, les données sont recueillies auprès du chef de centre et de l'autorité ayant en charge la gestion du centre. Elles peuvent l'être au niveau des outils du système d'information et de gestion, ainsi que par observation. Un sondage sur 200 prescriptions est effectué dans le registre de consultations. Les autres informations sont obtenues par entretiens avec le personnel du centre et les responsables de l'instance gestionnaire.

**La qualité des données** doit être une préoccupation constante de l'évaluateur. Le système d'information (national ou propre au centre de santé) permet d'obtenir les premières données. Leur fiabilité doit être testée par quelques vérifications avec les registres et cahiers de caisse. Si elle est faible, il vaut mieux travailler sur les données originales remplies au

jour le jour (reçus, registres de consultation, cahier de caisse, fiches de stock...), mais ceci exige plus de travail.

**La charge de travail** que représente la mise en œuvre du Guide dépend de la facilité d'accès à l'information dans le centre de santé, de la qualité de cette information, et aussi du degré de connaissance dont dispose l'évaluateur quant au système qu'il étudie et à la méthodologie du Guide. Suite aux tests effectués sur le terrain, il paraît raisonnable de prévoir un minimum de **5 jours \* homme**, dont 4 dans le centre de santé lui-même, qui peuvent se répartir ainsi:

- ↪ 1 journée de récolte de données générales au niveau de l'équipe de région ou du district,
- ↪ 2 jours de recueil de données dans le centre de santé,
- ↪ 1 journée pour l'enquête "médicaments" sur 200 patients du registre de consultation,
- ↪ 1 journée, enfin, pour les entretiens avec le personnel et le comité de gestion.

Ce temps de travail peut être réparti entre deux personnes, ce qui permet de réduire le séjour sur place à 2 jours au lieu de 4. En cas d'enquête auprès de plusieurs centres de santé, les données générales sont à recueillir une fois seulement, et la pratique des méthodologies du Guide s'améliorant, le recueil des données ira plus vite. Il paraît toutefois difficile de descendre en dessous de 3 jours\*homme par centre de santé.

Attention, ces durées correspondent au seul recueil des données. Elles n'incluent ni la phase préliminaire (demandes d'autorisations, information avant l'enquête, prise de rendez-vous, démarches administratives diverses), ni la phase finale d'interprétation des résultats, de rédaction du rapport, et de rétro-information auprès des intéressés.

Bon travail!

## 2. ETABLISSEMENT DES "TABLEAUX DE BASE"

Six "tableaux de base" permettent de faire la synthèse des informations décrivant le système de financement et de gestion (en vue de l'analyser dans un second temps).

Cette première phase de l'évaluation du système de financement et de gestion consiste à :

- ⇒ déterminer le **bassin démographique** du centre de santé (**tableau 1**)
- ⇒ relever les **activités des services** de santé et estimer les **taux d'utilisation** des services (**tableau 2**)
- ⇒ recenser le **personnel** en poste et ses qualifications (**tableau 3**)
- ⇒ récapituler les **recettes tarifaires** perçues par le centre de santé (**tableau 4**)
- ⇒ évaluer les **coûts** du centre de santé avec leur ventilation par **source de financement** (**tableau 5**)
- ⇒ identifier les **rôles des acteurs** institutionnels du centre de santé (**tableau 6**).

### 2.1. TABLEAU 1: DEMOGRAPHIE

---

#### ◆ Définitions

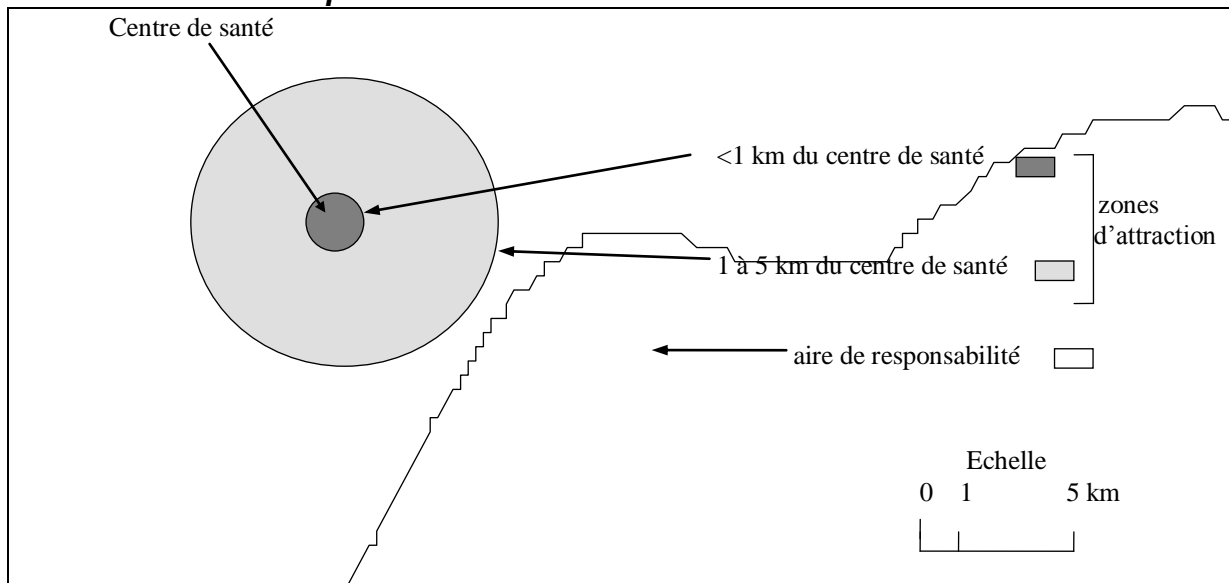
Le "**bassin démographique**" du centre de santé conditionne le volume d'actes susceptibles d'être assurés par le centre de santé: plus la population est nombreuse autour du centre de santé, plus il fera d'actes curatifs et préventifs. A l'inverse, un centre de santé entouré d'une faible population fera nécessairement peu d'actes. Par conséquent, le bassin démographique détermine en grande partie la charge de travail du personnel et les recettes attendues.

Pour caractériser ce bassin de population, il faut lui fixer des limites géographiques, car l'utilisation du centre de santé diminue rapidement quand la distance augmente. On distingue deux notions: l'aire de responsabilité et la zone d'attraction.

- **L'aire de responsabilité** du centre de santé (ou "aire de santé") regroupe la population dont le centre a la charge (définition administrative, matérialisée dans certains pays par la carte sanitaire). Cette zone géographique est parfois très étendue, incluant des populations très éloignées qui fréquentent très peu ou pas du tout le centre de santé.
- **La zone d'attraction** regroupe la population résidant à faible distance du centre de santé, qu'elle soit ou non dans l'aire de responsabilité, et qui devrait logiquement utiliser ses services. Par convention, on prend ici la population résidant à moins d'1 km (population toute proche n'ayant pratiquement aucun déplacement à faire), et celle habitant à moins de 5 km (moins d'une heure de marche en terrain plat).[cf. schéma].

Le pourcentage de la population de l'aire de responsabilité vivant dans la zone d'attraction est un indicateur de l'accessibilité géographique du centre de santé.

### Schéma: aire de responsabilité et zones d'attraction



#### ◆ Objectifs du tableau 1

Le tableau 1 permet de recueillir les données démographiques et économiques générales. Il permet aussi:

- ↗ d'évaluer le bassin démographique du centre de santé,
- ↗ d'évaluer son accessibilité géographique,
- ↗ de calculer les dénominateurs pour les taux d'utilisation des services (tableau 2).

◆ **TABLEAU 1: DEMOGRAPHIE**

<b>Indicateurs démographiques généraux</b>		<b>Source des données:</b>
Taux brut de natalité		
Taux brut de mortalité		
Taux de mortalité infantile		
<b>Indicateurs économiques généraux</b>		
Salaire minimum local		
Produit intérieur brut / habitant		

<b>Service de santé de:</b>	<b>Année:</b>
-----------------------------	---------------

	<b>Population totale année :</b>	<b>Dont groupes-cibles :</b>		
		femmes [15-45[ ans	femmes enceintes	enfants [0-1[an
<b>Population aire de responsabilité</b>				
Pop. habitant à moins de 1 km				
Pop. habitant de 1 à 5 km				

**Source des données:**



## 2.2 TABLEAU 2 : ACTIVITES

---

Les activités curatives et préventives du centre de santé sont souvent appelées "**paquet minimum d'activités**", ce qui comprend en général:

- ↗ les consultations curatives de base (traitements ambulatoires),
- ↗ les consultations prénatales,
- ↗ la vaccination des femmes et des nourrissons,
- ↗ l'assistance aux accouchements,
- ↗ les consultations postnatales et de planning familial.

Selon les pays ou les régions, il peut également y avoir:

- ↗ le suivi de croissance des enfants,
- ↗ l'aide au diagnostic par des examens de laboratoire,
- ↗ le suivi des malades chroniques (tuberculeux, lépreux),
- ↗ des lits "d'observation" qui permettent de garder quelques heures ou quelques jours une personne au centre de santé en fonction de son état ou de la distance de son domicile.

Les cas les plus graves ou complexes sont référés au niveau de l'hôpital de district, soit pour hospitalisation soit pour avis médical.

Pour les services pouvant être utilisés plusieurs fois, on distingue les "**nouveaux cas**" et les "**anciens cas**".

- Pour la consultation curative, un "nouveau cas" est un nouvel épisode de maladie. Ainsi, un enfant amené pour infection respiratoire est comptabilisé comme "nouveau cas" lorsqu'on le voit pour la première fois. Lorsqu'il revient la semaine suivante pour le suivi de son traitement, il est compté comme "ancien cas". S'il revient deux semaines plus tard pour une diarrhée aiguë, il s'agit alors d'un "nouveau cas".
- Pour la consultation prénatale, la première consultation prénatale (quel que soit l'âge de la grossesse) est considérée comme "nouveau cas". Les consultations prénatales suivantes (2ème, 3ème, 4ème CPN) seront des "anciens cas".

Cette distinction entre anciens et nouveaux cas est souvent faite dans les systèmes d'information sanitaire. Elle permet de différencier les nouveaux utilisateurs des services de ceux qui reviennent pour une affection en cours.

Le nombre d'actes doit être ramené à la population desservie par le centre de santé. Ainsi, on mesure les **taux d'utilisation** des différents services. Exemples:

- ⇒ En consultation curative, on estime que 2 ou 3 épisodes annuels (adultes et enfants confondus) méritent un contact avec un service de santé. On considère en général qu'un taux de un "nouveau cas" par habitant et par an est un indice de bonne fréquentation des services curatifs.
- ⇒ Il est souhaitable de voir toute les femmes enceintes de la zone considérée au moins une fois en consultation prénatale (CPN "nouveau cas" ou CPN1), et si possible jusqu'à la troisième (CPN3), ainsi que pour l'accouchement.
- ⇒ Pour les nourrissons, un objectif de base est d'administrer les 3 doses du vaccin DTC (Diphthérie - Tétanos - Coqueluche) à tous les enfants de moins d'un an (DTC1, 2 et 3).

Les taux d'utilisation montrent de façon globale l'intérêt que porte la population au centre de santé, compte tenu de tous les facteurs qui l'incitent ou la retiennent d'en fréquenter les services: attirait pour des prestations de qualité, où on sait pouvoir trouver une réponse aux problèmes de santé, freins en raison de la distance, du coût, ou de l'inadéquation des soins ou de l'accueil par rapport aux attentes.

◆ **Objectifs du tableau 2:**

Le tableau 2 permet:

- ↪ de mesurer le **volume** des activités principales réalisées par le centre de santé (nombre total d'actes de chaque catégorie, qu'il s'agisse de nouveaux ou anciens cas).
- ↪ de mesurer l'**utilisation** des services curatifs et préventifs par la population de l'**aire de responsabilité**: consultation curative, 1ère et 3ème consultation prénatale, accouchement, 1er et 3ème DTC des enfants de moins d'un an. La mesure de l'utilisation des services curatifs par la population de la **zone d'attraction** (moins de 1 km, entre 1 et 5 km) est un indicateur plus fin du pouvoir d'attraction réel du centre de santé (dégagée de l'accessibilité géographique).

Il sert aussi de base pour évaluer le **recouvrement des recettes** (rapport des recettes perçues aux recettes attendues des consultations curatives), pour évaluer la **charge de travail** du personnel (nombre d'actes par personne) et permet une approche de la **qualité des soins**: assiduité à la consultation prénatale (CPN3) et à la vaccination (DTC3).

Ces aspects sont développés dans le chapitre 3.1, qui traite des déterminants liés au fonctionnement des services.

◆ **TABLEAU 2: ACTIVITES**

Service de santé de :	Période du      au
-----------------------	--------------------

ACTIVITES	Nombre d'actes durant la période			Pop. cible de l'aire de responsabilité	Taux d'utilisation dans l'aire de responsabilité	Pop. cible de l'aire d'attraction	Taux d'utilisation dans l'aire d'attraction
	Adhérents	Non adher.	Total				
<i>Activités curatives</i>							
<b>Consultations curatives (nouveaux cas)</b>							
<b>Consultations curatives nouveaux cas &lt;1 km</b>							
<b>Consultation curative nouveaux cas ]1-5] km</b>							
Total consult. curatives (nouveaux + anciens cas)							
Soins infirmiers							
Petite chirurgie							
Laboratoire							
Observation (hospitalisation au centre de santé)							
Références vers hôpital							
<i>Activités de santé maternelle et infantile</i>							
<b>1ère consult. prénatale CPN 1 ("nouveaux cas")</b>							
<b>3ème consult. prénatale CPN 3</b>							
Toutes CPN (nouveaux + anciens cas)							
<b>Accouchements assistés</b>							
Consultation postnatale							
Consultation planning familial (nouv. + anc cas)							
Vaccinations femmes (tous VAT)							
<b>Vaccinations enfants (DTC1 avant 1 an)</b>							
<b>Vaccinations enfants (DTC3 avant 1 an)</b>							
Vaccinations enfant (tous vaccins tous âges)							
Consultation nourrissons sains							
Information - éducation - communication							

## 2.3. TABLEAU 3: PERSONNEL

---

Les ressources humaines sont la composante principale de la qualité des soins et en général le premier poste budgétaire de dépense. Le nombre et la qualification du personnel sont des informations nécessaires pour évaluer leur efficacité et leur productivité.

Par ailleurs, une partie du personnel occupe des fonctions non soignantes telles que l'entretien, la maintenance, le gardiennage. Enfin, il arrive souvent que des personnes "bénévoles" travaillent régulièrement au centre de santé sans pour autant être salariées. Toutes ces personnes doivent être prises en compte dans l'analyse, car elles concourent au fonctionnement du centre de santé.

Cependant, les membres de comités de gestion (président, secrétaire, trésorier...), qui jouent un rôle dans la gestion du centre de santé de façon bénévole ne sont pas comptés ici, leur présence n'étant que ponctuelle.

### ◆ Objectif du tableau 3:

Décrire la structure du personnel travaillant au centre de santé selon **ses fonctions** (soignant ou non soignant) et **sa qualification** (niveau d'études spécialisées).

Toutes les personnes travaillant au centre de santé, quel que soit leur statut (fonctionnaire, salarié d'une collectivité territoriale, salarié du comité de gestion...) et leur mode de rémunération (salarié, paiement à l'acte) sont recensées.

Le personnel qualifié est classé suivant son diplôme, et sa fonction soignante (réalisation d'actes diagnostiques et thérapeutiques) ou non soignante (administration, gestion, distribution de médicaments, entretien, gardiennage).

◆ **TABLEAU 3: PERSONNEL**

Service de santé de:	Période du:	au :
----------------------	-------------	------

Catégorie de personnel	Fonction soignante	Fonction non soignante
Médecin (7-8 ans d'études)		
Assistant médical (5 ans d'études)		
Sage-femme (4 ans d'études)		
Infirmier diplômé (3-4 ans d'études)		
Autres diplômés (3 ans et +) préciser :		
<i>Sous-total personnel "qualifié"</i>		
Infirmier breveté (2 ans d'études)		
Aide-soignant (jusqu'à 1 an d'études)		
Aide-soignant (sans formation initiale)		
<i>Sous-total personnel "peu qualifié"</i>		
Administratif - technique (2 ans d'études et +)		
Administratif - technique (<2 ans d'études)		
Manoeuvre, gardien		
Autres non qualifiés		
<i>Sous-total personnel administratif et technique</i>		
<b>TOTAL PERSONNEL REMUNERE</b>		

Bénévoles* (indiquer leur qualification):		
<b>TOTAL BENEVOLES</b>		

\* ne pas compter le comité de gestion

**Source des données:**

## 2.4. TABLEAU 4: RECETTES TARIFAIRES

---

Le "recouvrement des coûts" se fait par la tarification des services à la population. Plusieurs modalités sont possibles:

- ⇒ **Le paiement à l'acte:** une consultation = un prix; ou une ordonnance = le prix des médicaments.
- ⇒ **Le forfait:** une grossesse = un prix, quelque soit le nombre de consultations prénatales; ou encore un épisode de maladie = un tarif, quelque soit le nombre des consultations et les médicaments de l'ordonnance.
- ⇒ **L'assurance:** une personne (ou une famille) = une cotisation, quelque soit le nombre de maladies (ou de personnes malades) durant la période couverte.

Il peut y avoir combinaison entre les différentes formules, par exemple une cotisation qui donne droit à un tarif réduit sur les actes ou les forfaits.

### ◆ Objectifs du tableau 4:

Le tableau 4 permet:

- ↪ d'indiquer la grille des tarifs,
- ↪ de récapituler le montant des recettes tarifaires,
- ↪ de comparer l'importance de chaque source de recettes.

Il sert aussi de tableau intermédiaire pour le tableau 5 (analyse des coûts), et permettra d'évaluer le recouvrement des recettes (rapport des recettes perçues aux recettes attendues des consultations curatives).

◆ **TABLEAU 4 : RECETTES TARIFAIRES**

Service de santé de:	Période du:        au
	:

Rubriques	Tarif		Recettes		Recettes totales	%
	adhér.	non adh.	adhér.	non adh.		
<b>1. Paiement à l'acte</b>						
Consult. curatives adultes						
Consult. curatives enfants						
Ordonnances						
Laboratoire						
Soins infirmiers						
Petite chirurgie						
Accouchements						
Observation (lits)						
Vaccination						
Consultation prénatale						
Certificats médico-légaux						
<b>Sous-total actes</b>						
<b>2. Paiement au forfait</b>						
Forfait curatif adulte						
Forfait curatif enfant						
Forfait consult. prénatale						
<b>Sous-total forfait</b>						
<b>3. Assurance ou adhésion (gérée par le centre de santé)</b>						
Cotisations individus						
Cotisations familles						
<b>Sous-total assurance</b>						
<b>TOTAL</b>						100%

adher. = adhérent

non adh. = non  
adhérent

Source des données:

## 2.5. TABLEAU 5: COUTS

---

Pour réaliser leurs activités, les services de santé utilisent des ressources humaines, matérielles et financières.

**Pour les économistes, un coût se définit comme la valeur des ressources consommées pour obtenir une production d'un bien ou d'un service.** Selon cette définition, toute ressource consommée pour produire des soins, que ce soit du temps (du personnel), de l'argent, des consommables médicaux et non médicaux, des équipements ou des bâtiments, doit être identifiée dans l'estimation des coûts.

**Pour les gestionnaires, une charge est une dépense effectuée par une organisation sur son budget, et qui pèse dans son compte d'exploitation.** Une charge dispose d'un code dans le plan comptable général. Une charge est donc une notion plus restrictive qu'un coût, puisque des biens et services fournis gratuitement à un centre de santé (don de médicaments ou personnel bénévole, par exemple) ne sont pas des charges pour ce centre.

Dans la suite du texte, on utilise le mot "coûts" de façon générale, et le mot "charge" quand on se situe en référence à un budget.

On distingue **trois catégories de coûts**:

1. **Les coûts de fonctionnement:** les ressources correspondantes sont à renouveler chaque année. Elles peuvent être réparties en 3 grandes catégories, chacune comportant plusieurs rubriques:

- ↪ le personnel,
- ↪ les médicaments et les autres consommables médicaux,
- ↪ les autres dépenses.

1. **Les amortissements** couvrent les ressources nécessaires au maintien de l'activité à plus long terme. Pour que les activités des services de santé soient durables il faut pouvoir renouveler les investissements (cf. ci-dessous). On doit épargner de l'argent (ou "amortir") chaque année pour être en mesure de remplacer les équipements lorsqu'ils ne seront plus en état de marche.

2. **Les investissements:** il s'agit des ressources nécessaires pour créer ou étendre une capacité de production, ici les activités du service de santé, comme par exemple la construction d'un bâtiment, l'achat d'équipement, la formation initiale de personnel. Par définition, les investissements ne sont pas à renouveler chaque année (les bâtiments, les équipements, les véhicules..) mais après plusieurs années d'utilisation.

Dans un contexte de moyens rares, il est utile de faire la différence entre ces trois catégories de ressources. Les financements peuvent couvrir les coûts de fonctionnement courants d'un service sans être en mesure d'assurer l'avenir. Il s'agit d'une situation bien connue des services de santé: un véhicule sur cales que l'on n'est pas en mesure de remplacer, par exemple.

Dans la pratique, les coûts de fonctionnement de la plupart des services de santé sont au moins partiellement subventionnés, et peu parviennent à effectuer des provisions pour amortir les investissements initiaux, financés le plus souvent par l'aide extérieure.



Dans ce contexte, il aurait été peu réaliste d'analyser la capacité du "recouvrement des coûts" à autofinancer les investissements. De ce fait, on a choisi de ne pas intégrer les coûts d'investissement dans l'analyse du financement des services de santé.

***L'objectif souhaitable doit rester un financement de 100% des coûts de fonctionnement et des amortissements des centres de santé par des ressources nationales.***

#### ◆ **L'évaluation des coûts, des charges et des "coûts cachés"**

Comment estimer les coûts de fonctionnement et d'amortissement des services de santé?

Pour obtenir une évaluation réaliste des coûts il ne faut pas se limiter aux dépenses faites et comptabilisées par le service de santé, car elles ne constituent qu'une partie des coûts à valoriser. Un exemple simple (encadré ci-dessous) montre que les dépenses comptabilisées par un service de santé ne représentent pas toujours la valeur de ce qu'il a consommé pour effectuer ses prestations.

#### **DIFFERENCE ENTRE DEPENSES ET COUTS: L'EXEMPLE DES MEDICAMENTS**

Un centre de santé a consommé dans l'année une quantité X de médicaments qu'il a enregistrée en sortie dans ses fiches de stock. Par définition, cette quantité X correspond au coût des médicaments pour cette année.

Il a peut-être acheté durant l'année une quantité de médicaments Y, qui ne correspond pas forcément à ce qu'il a consommé durant l'année.

En effet, seuls les achats effectués correspondent à des dépenses puisqu'il y a eu "sortie d'argent". Pour calculer la quantité de médicaments consommés, il faut prendre en compte les variations de stocks.

Si le centre de santé dispose en début d'année d'un stock suffisant de médicaments, il pourra utiliser des médicaments sans avoir à en acheter: il aura eu des coûts en médicaments correspondant à la valeur des médicaments sortis mais aucune dépense. Le coût en médicaments sera égal, dans ce cas, à la variation du stock.

Le coût en médicaments est donc égal au montant des achats (et dons) de la période plus la variation de stock (stock initial - stock final) de la période.

Autre exemple: le personnel bénévole. Le bénévolat correspond en effet à une consommation de ressources (du temps, des moyens personnels) donc à un coût, qui n'est pas monétaire, mais qui est supporté par le bénévole lui-même.

**Pour évaluer les coûts d'un centre de santé, il faut donc connaître:**

- 1. les dépenses engagées et payées:** ce sont les mieux connues. Les dépenses financées par les recettes tarifaires rentrent dans cette catégorie (achat de médicaments, salaire versé à un employé) et toutes autres dépenses comptabilisées.
  - 2. les provisions pour dépenses différées:** les provisions sont des fonds explicitement réservés à une dépense différée tel que le renouvellement d'équipement. Ils ne seront décaissés que lors de l'achat d'un équipement ou la réalisation d'un autre investissement par exemple. Le paiement d'une facture de médicaments après la date de fin de période et le paiement en retard de salaires sont deux exemples de dépenses différées.
- Ni les provisions ni les dépenses différées n'ont fait l'objet d'une sortie d'argent pendant la période considérée, mais elles sont des charges, puisque le décaissement devra intervenir tôt ou tard.

3. **les biens et services à valoriser**: comme leur nom l'indique, ils sont fournis en nature, et ne font pas l'objet d'une "sortie d'argent" par le centre de santé. L'utilisation d'un don, quelle que soit sa nature (médicaments, véhicule, par exemple), ou d'un stock de médicaments (cf. encadré page précédente) rentrent dans cette catégorie.

Parce que ces deux dernières catégories de coûts sont souvent oubliées et moins apparentes que les dépenses, on a choisi de les appeler les "**coûts cachés**" (cf. encadré ci-dessous).

### LES COUTS CACHES

Ils correspondent à des ressources mises à disposition du centre de santé sans que celui-ci ait engagé des dépenses, mais qui ont effectivement été engagées et sont liées à l'activité des services.

Le suivi budgétaire ne permet pas toujours de déterminer la valeur des coûts cachés. Ils sont cependant utiles à connaître, car les charges comptabilisées sont parfois loin de représenter la totalité des moyens utilisés par les services de santé. On distingue deux catégories de coûts cachés:

#### 1. *Les biens mis à disposition du centre de santé et non comptabilisés dans son budget:*

Le service a le plus souvent connaissance des biens mis à sa disposition. Il peut donc en estimer la valeur.

⇒ *Exemple 1: les dons de médicaments* sont l'exemple le plus classique. Ils figurent souvent dans une comptabilité matière (les fiches de stocks) mais ne sont pas valorisés sur le plan monétaire.

⇒ *Exemple 2: l'utilisation du véhicule d'un projet* pour des évacuations sanitaires ou la supervision des services.

⇒ *Exemple 3: la non valorisation des investissements financés par des bailleurs de fonds.* Ainsi, certains dons d'équipement ne sont pas toujours inventoriés. Les budgets de certains bailleurs manquent de transparence, de sorte que le montant de leurs apports et leur répartition ne sont pas toujours connus.

⇒ *Exemple 4: la mise à disposition d'un logement de fonction par l'Etat* est également un coût à valoriser dans la rubrique "personnel". En effet pour fournir le logement et/ou l'entretenir, l'Etat a engagé des moyens et pris en charge les coûts correspondants.

#### 2. *La réalisation d'un travail à titre bénévole pour le centre de santé*

Dans ce cas, il s'agit d'un **service** rendu au centre de santé. Ainsi, les membres des comités de gestion effectuent souvent des tâches de façon bénévole. En les réalisant, ils consomment du temps. Ils ont parfois des charges (frais de déplacement) qui ne sont pas comptabilisées mais représentent des coûts à valoriser. Si la participation à des structures de décision (type conseil d'administration) est compatible avec l'exercice du bénévolat, il n'en est pas de même pour la réalisation par des bénévoles de tâches répétitives de gestion (trésorier, contrôleur de gestion, par exemple). Un compromis reste à trouver entre le maintien du principe du bénévolat, et la demande fréquente d'une indemnisation de certains membres des comités de gestion, justifiée par une charge de travail bien identifiable. Cette demande d'indemnisation est la traduction du fait qu'ils considèrent que leur participation "bénévole" a un coût.

**Les coûts des biens et services mis à disposition du centre de santé ne sont pas pour lui des charge aujourd'hui.** Ils peuvent être une charge pour une autre organisation (exemple: un investissement payé par un bailleur de fonds) ou ne pas avoir de contrepartie monétaire (exemple: un travail bénévole). Ils doivent cependant être considérés comme des **charges potentielles**, ou **invisibles**, car ils permettent au centre de santé de fonctionner, et à ce titre, sont nécessaires: si ces biens ou services gratuits disparaissent, le centre de santé devra les remplacer, et ils peuvent alors devenir à sa charge.

Il existe une autre catégorie de coût assumée par la population: les ressources directement allouées par les malades au personnel (en argent ou en nature), de façon non réglementaire, dans le cadre des pratiques dites "**parallèles**". Rappelons que leur montant n'est pas évalué ici, puisqu'elles ne sont pas répertoriées (et ne peuvent pas l'être) dans le système de gestion et la comptabilité.

#### ◆ **Objectifs du tableau 5**

##### 1. **Evaluer le montant et la structure des coûts des services de santé pendant la période**

Il s'agit d'estimer les coûts de **toutes** les ressources qui ont été engagées pendant la période considérée, pour obtenir les activités décrites dans le tableau 2 avec les ressources humaines du tableau 3. La connaissance des coûts totaux permet de savoir ce qu'il faut financer. Ces coûts sont indiqués dans la première colonne du tableau (colonne A).

Les lignes du tableau correspondent aux différentes rubriques: le fonctionnement interne (charges nécessaires à l'activité quotidienne du centre de santé), le fonctionnement externe (dus à l'intégration du centre de santé dans le district sanitaire), et les amortissements (pour le remplacement des bâtiments et équipements durables).

##### 2. **Identifier les sources de financement et les montants de leur contribution**

Il s'agit de mettre en évidence la répartition de la prise en charge des coûts en fonction de leurs sources de financement (population, état, aide extérieure, etc.). Ces sources de financement sont indiquées dans les colonnes B à G du tableau:

- ⇒ **La population:** la colonne B récapitule les apports de la population liés au paiement (direct ou indirect) des prestations par les usagers. Elle correspond au "recouvrement des coûts".
- ⇒ **L'Etat:** il peut s'agir du Ministère de la Santé, d'autres ministères ou de leurs structures déconcentrées telles que la région, la préfecture, etc. (colonne C).
- ⇒ **Une collectivité locale:** c'est-à-dire une collectivité décentralisée, dotée d'une personnalité morale et ayant son propre budget, distinct de celui de l'Etat, comme une municipalité (colonne D).
- ⇒ **Une autre structure du pays:** des financements peuvent être apportés, sous forme de dons ou subventions par une entreprise, une structure associative et/ou caritative, (type "Lions Club"), une paroisse, etc. (colonne E).
- ⇒ **L'aide internationale:** 2 colonnes lui sont réservées. On distingue:
  - ↗ les apports directs d'un projet d'appui au centre évalué (colonne F),
  - ↗ les apports indirects liés à des programmes verticaux (vaccination, médicaments essentiels, tuberculose, etc.), d'autres programmes nationaux, ou des aides ponctuelles (colonne G).

Les données du tableau 5 permettront:

- ↗ **de déterminer si globalement le centre de santé est déficitaire ou excédentaire**, c'est à dire s'il couvre ou non la totalité de ses coûts avec l'ensemble de ses sources de financement.

- ↪ **de calculer des indicateurs** pour apporter des réponses **sur le degré d'autonomie financière** (ou de dépendance) du centre de santé vis à vis de financements non durables. "Que se passera-t-il après l'arrêt du projet?" est une question fréquemment posée. Pour y apporter une réponse, il faut calculer la **capacité de financement propre**, c'est à dire la part des coûts du centre de santé qui est couverte par les recettes tarifaires. On calcule aussi la **capacité de financement interne**, qui correspond à la part des coûts couverte par des sources de financement nationales.
- ↪ **d'identifier les coûts qui ne sont pas financés**: le tableau donne des indications sur les coûts qui ne sont financés par aucune source identifiée et pour lesquels un bailleur doit être trouvé afin d'assurer le fonctionnement dans le long terme (colonne H). C'est souvent le cas pour les amortissements des bâtiments par exemple.
- ↪ **de poser des hypothèses de financement**: le tableau permet d'élaborer des budgets et des plans de financement **prévisionnels**, selon différentes hypothèses de financement (l'arrêt des financements publics par exemple, ou le renouvellement des équipements par les recettes tarifaires), ou selon différentes normes de fonctionnement (recrutement de personnel contractuel, création d'un nouveau service, etc.).

◆ **TABLEAU 5 : COUTS**

Centre de santé de : \_\_\_\_\_ Période du : \_\_\_\_\_ au: \_\_\_\_\_

CATEGORIE DE COUTS	SOURCES DE FINANCEMENT DES CHARGES							(H) Déficit+/ Excédent- année N	(I) Déf./Exc. REPORT Année N-1
	(A) Montants annuels	(B) Population (rec. coûts)	(C) Etat	(D) Collectiv. territoriales	(E) Autres Ress. Locales	(F) Projet	(G) Ressour. Extérieures		
<b>I. FONCTIONNEMENT INTERNE du centre de santé</b>									
<b>1. a Personnel local</b>									
1.a.1. Salaires	=p1								
1.a.2. Charges	=p2								
1.a.3. Primes	=p3								
1.a.4. Avantages	=p4								
<b>1.b Personnel expatrié</b>	=p5								
<b>1.c. Médicaments et consommables médicaux</b>									
1.c.1. Achats et dons	=m1								
1.c.2. Variation de stock (S.Initial - S.Final)	=m2								
1.c.3. Vaccins									
<b>1.d Autres coûts internes du centre de santé</b>									
1.d.1. Transport - déplacements									
1.d.2. Entretien, réparations (hors véhicules)									
1.d.3 Eau, électricité, carburant (hors véhicules)									
1.d.4 Gestion - administration									
1.d.5 Achat petit matériel non amortissable									
<i>Sous-total Fonctionnement interne</i>									
<b>II. FONCTIONNEMENT EXTERNE du centre de santé</b>									
2.a. Supervision / contrôle externe									
2.b. Administration district									
2.c. Caisse de solidarité									
2.d. Formation continue									
2.e. Taxes et reversement									
<i>Sous-total Fonctionnement externe</i>									
<i>Sous-total Fonctionnement</i>	=X								
<b>III. AMORTISSEMENT</b>									
3.a. Bâtiments									
3.b. Véhicules									
3.c. Equipements									
<i>Sous-total Amortissement</i>	=Y								
<b>IV. DIVERS</b>									
4. Divers									
<b>TOTAL</b>	=A	=B	=C	=D	=E	=F	=G	=H	=I

H=A-somme(B;G)

## 2.6. TABLEAU 6: TABLEAU DES ROLES

---

Qui fait quoi dans le centre de santé ? C'est toute l'activité de management qui est étudiée ici, et non la seule gestion financière.

La première étape consiste à **identifier les instances de gestion**. Plusieurs catégories peuvent être distinguées:

- ↳ *Le personnel soignant ou administratif* relevant de la fonction publique, ou d'une collectivité territoriale;
- ↳ *Le personnel soignant* directement employé par le centre de santé;
- ↳ *L'Etat* (Ministère de la santé) et ses structures déconcentrées (Préfecture, Equipe-cadre de district);
- ↳ *Les collectivités territoriales*: toutes les instances collectives élues comme les municipalité, les communautés rurales de développement, etc.;
- ↳ *Les représentants de la population*: comité de gestion, association de santé (association dont l'adhésion est ouverte à toute la population);
- ↳ *Les acteurs locaux privés*: personnel soignant privé, association locale (association locale, dont la santé n'est pas obligatoirement le but unique, et dont l'adhésion n'est pas ouverte à toute la population); tout autre gestionnaire relevant du pays (paroisse, entreprise, etc., à préciser);
- ↳ *Les organisations de développement étrangères*: coopération multilatérale, bilatérale, décentralisée, ONG, mission confessionnelle, etc.

Il importe de bien distinguer:

- ⇒ le personnel mis à disposition par l'Etat ou une collectivité locale (catégorie 1), du personnel sur lequel le centre de santé a la tutelle (catégorie 2), et du personnel "propriétaire" du centre (acteur privé, catégorie 6).
- ⇒ une association de santé qui implique la population dans la gestion du centre en l'invitant à adhérer (représentant de la population, catégorie 5), et une association locale de quelques personnes qui gère un centre de santé (acteur local privé, catégorie 6).
- ⇒ les acteurs du pays (catégories 1 à 6), des acteurs extérieurs (catégorie 7). Par exemple, différence entre une paroisse (locale, catégorie 6), et une mission religieuse (étrangère, catégorie 7).

Dans un deuxième temps, il faut identifier les rôles tels que définis dans les textes, en répondant aux questions du tableau 6.1. Le **tableau des rôles théoriques** est rempli à partir de ces sources officielles.

Enfin, on identifie précisément les rôles et responsabilités qu'assume aujourd'hui dans la réalité chaque instance de gestion en répondant aux questions du tableau 6.2. On établit ainsi le **tableau des rôles réels**, par des entretiens avec le responsable du centre de santé et avec l'instance représentative de la population.

◆ **Objectifs du tableau 6**

Le tableau doit être rempli en deux exemplaires:

- ↳ le premier (6.1) a pour but d'identifier les responsabilités *théoriques* des instances chargées de la gestion du centre de santé telles que définies par les lois, règlements ou autres textes (les écrits).
- ↳ le second (6.2) a pour but d'identifier la manière dont ces responsabilités sont *réellement assumées* par ces mêmes instances au moment de l'évaluation (les pratiques).

L'écart entre les deux tableaux (théorique et réel) est une première approche de l'évaluation du fonctionnement institutionnel.

La répartition des rôles entre les acteurs sert de base pour analyser la fonctionnalité du système de gestion et de contrôle, et la maîtrise locale et nationale de la gestion du centre de santé.

◆ **TABLEAU 6 : TABLEAU DES ROLES**

Centre de santé de:	Année:
---------------------	--------

	ACTEURS	COMMENTAIRES
<b>A. PROPRIETE DES BIENS</b>		
1	qui est propriétaire du terrain?	
2	des bâtiments?	
3	du mobilier?	
4	du matériel médical?	
5	des véhicules?	
6	du stock de médicaments?	
7	des recettes du recouvrement des coûts?	
<b>B. GESTION DES EQUIPEMENTS</b>		
	<i>qui a le pouvoir de décider de:</i>	
1	réparer les bâtiments?	
2	faire de nouveaux aménagements?	
3	entretenir mobilier et matériel médical?	
4	entretenir et réparer les véhicules?	
5	renouveler les équipements (y compris les véhicules)?	
	<i>qui effectue l'entretien et la réparation:</i>	
6	entretien du terrain?	
7	entretien et réparations des bâtiments?	
8	du mobilier et du matériel médical?	
9	des véhicules?	

**TABLEAU 6 (suite)**

		<b>ACTEURS</b>	<b>COMMENTAIRES</b>
<b>C. GESTION DU PERSONNEL</b>			
1	qui recrute le personnel " <b>titulaire</b> "*?		
2	qui l'affecte au centre de santé?		
3	qui décide de sa rémunération?		
4	qui décide de ses heures de travail?		
5	qui le supervise?		
6	qui assure sa formation continue?		
7	qui le contrôle, le motive et le sanctionne si nécessaire?		
8	qui recrute le personnel " <b>contractuel</b> "**?		
9	qui l'affecte au centre de santé?		
10	qui décide de sa rémunération?		
11	qui décide de ses heures de travail?		
12	qui le supervise?		
13	qui assure sa formation continue?		
14	qui le contrôle, le motive, le sanctionne?		
15	qui recrute le personnel " <b>bénévole</b> "?		
16	qui décide de ses heures de travail?		
17	qui le supervise?		
18	qui assure sa formation continue?		
19	qui le contrôle, le motive, le sanctionne?		

\* personnel "titulaire": payé par l'état ou une collectivité territoriale

\*\* personnel "contractuel": payé par le centre de santé

<b>D. GESTION DES ACTIVITES</b>			
1	qui décide et planifie les activités?		
2	qui définit la liste des médicaments?		
3	qui élabore les protocoles thérapeutiques?		
<b>E. GESTION FINANCIERE DES RECETTES TARIFAIRES</b>			
	<i>Décision:</i>		
1	qui décide des tarifs des médicaments?		
	qui décide des tarifs des actes?		
2	qui fait le budget prévisionnel?		
3	qui décide de l'utilisation des recettes?		
4	qui est ordonnateur des dépenses?		
	<i>Exécution:</i>		
5	qui délivre les médicaments?		
6	qui délivre les billets de consultation?		
7	qui encaisse les recettes?		
8	qui dépose l'argent en banque?		
9	qui retire de l'argent en banque?		
10	qui fait les achats?		
<b>F. CONTROLE FINANCIER</b>			
1	qui contrôle la caisse?		
2	qui contrôle le stock des médicaments?		
3	qui contrôle la conformité des factures?		
4	qui fait le compte d'exploitation?		
5	qui fait le bilan financier?		
6	qui peut demander un contrôle externe?		
7	qui prend les décisions face à un détournement?		

Sources des données:



### 3. INDICATEURS ET DETERMINANTS DU FINANCEMENT ET DE LA GESTION DES SERVICES DE SANTE

Les six "tableaux de base" étant remplis, le moment est venu d'exploiter les informations qu'ils contiennent.

- Des **indicateurs** seront extraits des tableaux, pour caractériser de façon quantitative et qualitative le financement et la gestion, soit, au sens large, le "management" du centre de santé.
- D'autres indicateurs seront encore à recueillir à ce stade, car il faut pouvoir **interpréter ces premiers indicateurs avec des variables explicatives**, pour ouvrir la voie à des mesures correctives dans la suite du programme.

De très nombreux facteurs, ou déterminants, influencent le financement et la gestion des services de santé. Il n'est pas possible de les étudier tous. Pour que ce guide d'évaluation reste pratique, nous proposons la classification suivante:

- ⇒ Les **déterminants principaux**: ils ont un effet direct et rapide sur le financement et la gestion du centre de santé, et ils peuvent servir de levier pour changer la situation (par exemple, la disponibilité des médicaments essentiels). Leur étude est indispensable pour évaluer le système de financement et gestion. Les informations indispensables pour évaluer ces déterminants sont pour la plupart déjà présentes dans les tableaux du chapitre précédent. Si d'autres éléments sont nécessaires, ils seront indiqués au fur et çà mesure pour chaque déterminant.
- ⇒ Les **déterminants indirects** ont un effet à indirect et plus lent, et sont peu accessibles aux acteurs de terrain au niveau du district (par exemple, la conjoncture économique d'une région, les textes d'application de la politique de santé), ou alors seulement à moyen terme. Leur connaissance est cependant utile pour analyser correctement les résultats et voir de quelle marge de manoeuvre on dispose dans "l'environnement" du centre de santé étudié.

Les indicateurs et déterminants ont été classés selon les trois dimensions de la relation entre la population et les services de santé:

- ↪ **la dimension soins ("S")**: le fonctionnement des services de santé
- ↪ **la dimension économique ("E")**: le financement du centre de santé
- ↪ **la dimension institutionnelle ("I")**: la gestion du centre de santé

Ces trois dimensions doivent être testées pour déterminer le(s) point(s) de blocage. Rappelons qu'il ne s'agit pas d'être exhaustif dans chaque domaine, mais de sonder systématiquement tous les domaines au moyen de quelques indicateurs.

Pour chaque déterminant, les modalités d'évaluation sont présentées dans des encadrés numérotés (S1, S2..., E1, E2..., I1, I2...). Les listes précises de questions et les formules pour le calcul des indicateurs sont présentées en détail dans le manuel de l'enquêteur (fascicule n°2), avec une numérotation identique.

### **3.1. LES DETERMINANTS LIES AU FONCTIONNEMENT DES SERVICES DE SANTE**

---

#### **3.1.1. DETERMINANTS PRINCIPAUX DU FONCTIONNEMENT DES SERVICES**

Il ne s'agit pas ici d'évaluer de façon complète le fonctionnement des services et la qualité des soins, mais de prendre en compte l'influence de l'implantation géographique et du fonctionnement des services (bon ou mauvais) sur le financement et la gestion du centre de santé.

Tous les facteurs qui facilitent ou limitent la fréquentation du centre de santé ont un effet sur le "recouvrement des coûts". Six déterminants principaux ont été retenus:

1. Le bassin démographique
2. L'adéquation des équipements et des consommables
3. L'adéquation des ressources humaines
4. La permanence du service
5. L'accueil des patients
6. La rationalité des soins

##### **3.1.1.1. Le bassin démographique du centre de santé**

Il est lié à la répartition de la population et à la carte sanitaire du district. Au delà d'une certaine distance le taux d'utilisation des services s'effondre, même avec une qualité de soins satisfaisante. Les utilisateurs potentiels sont les habitants situés à l'intérieur de la **zone d'attraction** du service de santé telle que définie au tableau 1 (p. 16), celle où l'accessibilité géographique est bonne.

Les recettes attendues sont directement fonction du nombre d'utilisateurs potentiels et non de la population de l'aire de responsabilité. Un nombre d'utilisateurs potentiels trop faible (population peu dense, ou concurrence de plusieurs centres de santé) entraîne des recettes faibles, même si le centre de santé est attractif.

#### **EVALUATION**

##### **S1. Bassin démographique**

Le nombre de personnes vivant à proximité du centre de santé (moins de 1 km et moins de 5 km du centre de santé) et le pourcentage de la population de l'aire de responsabilité vivant à moins de 5 km évaluent l'importance du bassin démographique du centre de santé. Ces informations sont disponibles dans le tableau 1.

##### **3.1.1.2. L'adéquation des équipements et des consommables**

Leur insuffisance ou leur pléthore font obstacle au bon fonctionnement des services. Le coût de ces ressources est aussi une information fondamentale à considérer pour évaluer le système de financement. Ces ressources matérielles sont:

Les consommables (surtout les médicaments) dont on connaît bien le rôle d'attraction qu'ils jouent auprès des utilisateurs. L'effet très négatif des ruptures de stock sur la fréquentation des services, et donc les recettes, n'est plus à prouver.

La disponibilité des médicaments est étudiée sur une liste restreinte de 10 médicaments "vitaux" [36] de catégories thérapeutiques différentes. Une liste inadéquate de médicaments essentiels peut également avoir un effet négatif sur les recettes attendues.

⇒ Le matériel durable de base, médical (stéthoscope, instruments) et non médical (mobilier, véhicule): leur manque peut être dissuasif pour la population et nuire à la qualité des soins, leur excès peut entraîner des frais inutiles.

⇒ Les bâtiments appellent la même remarque.

## EVALUATION

### S2. Adéquation des médicaments

- **La disponibilité des médicaments** est étudiée sur 12 mois sur une sélection de 10 médicaments "vitaux". C'est le pourcentage moyen de jours où ces 10 médicaments étaient disponibles. La valeur idéale est de 100% (ou 1).
- **L'adéquation de la liste des médicaments** est évaluée par les écarts à la liste de médicaments essentiels du pays, ainsi que par la proportion des génériques et des injectables.

Ces informations sont disponibles sur les fiches de stock et par observation de la pharmacie du centre de santé.

## EVALUATION

### S3. Adéquation des bâtiments:

Elle est évaluée par observation du nombre de pièces du centre de santé et de l'état du bâtiment.

## EVALUATION

### S4. Adéquation des équipements:

Elle est évaluée par observation de la présence de quelques équipements indispensables pour une bonne qualité des soins: table d'examen, table d'accouchement, réfrigérateur, tensiomètre(s), stéthoscope(s), stéthoscope obstétrical, stérilisateur, balance adulte et nourrisson.

### 3.1.1.3. L'adéquation des ressources humaines

La ressource humaine est la donnée majeure du fonctionnement des services. L'adéquation des ressources humaines est évaluée selon trois composantes:

- **Le nombre:** le personnel doit être en nombre suffisant, le sous-effectif ou le sureffectif étant nuisibles à l'efficacité. Le calcul du nombre de consultations curatives quotidiennes par agent sert d'indicateur de charge de travail.
- **La qualification:** le niveau de qualification du personnel dépend d'abord de son diplôme initial. Beaucoup d'agents de santé ont une grande expérience acquise "sur le tas", mais elle ne remplace pas les données de base acquises durant la formation initiale. La limite entre le personnel diplômé et le personnel non diplômé a été fixée à **3 ans** de formation, c'est à dire à partir du diplôme d'infirmier d'état. Les infirmiers formés en 2 ans ont un niveau d'études générales plus faible, et ont souvent du mal à calculer des doses par kg en pédiatrie par exemple.
- **La motivation:** conditionne aussi fortement la qualité des soins et donc le pouvoir d'attraction du centre de santé. Elle est évaluée par ses aspects financiers, matériels et non matériels (gestion du personnel).

## EVALUATION

### S5. Nombre et qualification du personnel

*L'adéquation de l'effectif* du personnel est évaluée par le nombre d'habitants pour chaque catégorie de personnel (à rapporter à une norme nationale).

*Leur charge de travail* est évaluée par le nombre moyen de consultations curatives par jour et par agent.

*La qualification du personnel* est évaluée par le niveau des diplômes et le nombre de personnes diplômées.

## EVALUATION

### S6. Motivation du personnel

*La motivation* est évaluée par une liste de questions portant sur les motivations financières, matérielles, et non matérielles, qui sont à poser au cours d'entretiens avec le personnel soignant, le comité de gestion, et l'équipe-cadre de district.

### 3.1.1.4. La permanence des services

Certaines situations méritent d'être mises en évidence: ouverture insuffisante des services, ou à des heures qui ne correspondent pas aux besoins de la population, absences de gardes de nuit ou de week-end, absentéisme important.

L'absence du personnel (pour tâches administratives, sessions de formation, ou raisons personnelles), a un impact direct sur les recettes perçues. L'absentéisme dissuade les utilisateurs potentiels qui ne résident pas à proximité d'une formation sanitaire. Se pose également la question de savoir si tous les actes effectués par le personnel soignant en dehors des heures de travail officielles sont comptabilisés. La permanence des services peut en effet être assurée par le personnel mais en dehors du système officiel (pratiques parallèles).

## EVALUATION

### S7. Permanence des services

La permanence des services est évaluée seulement pour **les services curatifs**, où la disponibilité du personnel doit être maximale. On interroge le responsable du centre de santé et du comité de gestion sur les horaires d'ouverture du service de consultation curative, sur la façon dont le service de garde est assuré durant les nuits et les week-ends, sur la qualification du personnel qui consulte, et sur ses éventuelles absences.

### 3.1.1.5. L'accueil des patients

L'accueil joue un rôle fondamental dans la qualité des soins perçue par les utilisateurs (le "good care" des anglo-saxons) et donc dans le pouvoir d'attraction du centre de santé.

Les relations entre personnel soignant et utilisateurs sont le premier critère d'évaluation de la qualité des soins pour les utilisateurs. Les 7 éléments importants de cette qualité de l'accueil sont:

- ↪ l'empathie,
- ↪ la capacité d'écoute,
- ↪ le dialogue,
- ↪ la confidentialité,
- ↪ le faible temps d'attente,
- ↪ l'organisation des activités,
- ↪ et la délivrance d'informations sur le fonctionnement des services [22].

## EVALUATION

### S8. Accueil des patients

L'accueil des patients s'évalue par observation du personnel en consultation (empathie, écoute, dialogue, délivrance d'informations) et par observation de l'organisation du centre (organisation des services, confidentialité, et surtout temps d'attente).

L'évaluation par enquête en population (enquête domiciliaire) ou auprès des personnes qui quittent le centre est plus précise mais plus lourde à organiser et dépasse le cadre de cette étude.

### 3.1.1.6. La rationalité des soins

La satisfaction des patients est importante pour le pouvoir d'attraction du centre de santé. Toutefois, une démarche purement "commerciale" de réponse à la demande de la population peut amener à prodiguer des soins sans relation avec les problèmes de santé publique identifiés, ou à faire fonctionner le système de façon à générer des recettes avec des prestations chères, mais pas toujours justifiées et parfois dangereuses (multiplication des injections, des perfusions, des examens paracliniques, etc.).

Il importe donc d'évaluer si les soins sont dispensés de façon rationnelle en suivant les priorités de santé publique et avec un certain niveau de qualité (le "right care" pour les anglo-saxons). Pour cela, il faut s'intéresser à l'organisation des services, pour voir si la dimension préventive est bien prise en compte, ainsi qu'à la qualité des soins délivrés dans le centre.

## EVALUATION

### S9. Organisation des services

Le tableau 2 indique les activités des différents services du centre, et permet de voir si la dimension préventive est prise en compte. D'autres questions permettent si nécessaire d'évaluer la mise en oeuvre d'outils de gestion, planification et évaluation des activités.

## EVALUATION

### S10. Rationalité des soins

**Qualité des soins:** elle est difficile à évaluer directement, et constituerait en soi une étude. Elle est approchée de façon indirecte par le taux de malades référés, le retour des patients pour les actes préventifs (vaccination et consultations prénatales), et la qualité de la prescription des médicaments.

**Usage rationnel du médicament:** la prescription des médicaments est évaluée sur un échantillon de 200 ordonnances au moyen de quelques indicateurs comme le nombre de lignes de prescription par ordonnance, le pourcentage d'ordonnances avec antibiotique, ou avec injectable [5]. Dans certains systèmes d'information, la proportion d'ordonnances conformes aux schémas thérapeutiques est évalué en routine.

### 3.1.2. DETERMINANTS INDIRECTS DU FONCTIONNEMENT DES SERVICES

Plusieurs éléments qui relèvent de l'environnement politico-légal du centre de santé, influencent son bon fonctionnement:

- ⇒ **La définition d'une politique nationale de santé** et de ses composantes opérationnelles (telles qu'une centrale d'achat de médicaments génériques), ou réglementaires (comme les modalités de fonctionnement des centres de santé).
- ⇒ **Une politique de décentralisation effective** des services de l'Etat (avec responsabilisation sur la gestion des activités, des budgets et des personnels)

- ⇒ **Une politique de responsabilisation des acteurs de la "société civile"**: mise en place de collectivités locales, avec remplacement de personnes nommées par l'Etat par des élus (p. ex. maires), reconnaissance d'associations ou de groupements avec lesquels l'Etat peut contractualiser des prestations.
- ⇒ **Les situations de conflit** aigu socio-politico et /ou militaire (guerres civiles ou internationales, dictature, troubles sociaux), ou de quasi **disparition de l'Etat**.

## EVALUATION

### S11 - Déterminants indirects du fonctionnement des services

Une liste de questions portant sur la politique de santé, la décentralisation, et le rôle de l'Etat est posée au responsable du district ou au chef de centre.

## **3.2. INDICATEURS ET DETERMINANTS ECONOMIQUES**

### **3.2.1. LES INDICATEURS DE CAPACITE DE FINANCEMENT**

Les tableaux 4 (recettes tarifaires) et 5 (coûts) permettent d'établir la **structure du financement du centre de santé**, et de calculer les indicateurs de l'autonomie financière. Il est ainsi possible d'analyser le **financement propre** et le **financement interne** du centre.

**Le financement propre** correspond aux recettes du "recouvrement des coûts", qu'elles proviennent du paiement direct ou d'un système de prépaiement.

La part des charges financées par la population, donc son poids économique dans le financement du centre, est évaluée par la **capacité de financement propre (CFP)**. On peut rapporter le financement propre aux seules charges de fonctionnement, ou aux charges de fonctionnement + amortissements.

## EVALUATION

### **E1. Capacités de financement propre**

Les tableaux 4 (recettes tarifaires) et 5 (coûts) permettent de calculer:

- CFP des charges de fonctionnement = total recettes tarifaires / charges fonctionnement
- CFP des charges de fonctionnement et d'amortissement = total recettes tarifaires / charges fonctionnement + amortissements

**Note 1:** la CFP indique la capacité de financement des charges par le **total** des recettes tarifaires (le "recouvrement des coûts"). Il arrive fréquemment que toutes les recettes perçues ne soient pas affectées en totalité au financement des charges figurant dans le tableau 5. La CFP intègre ces éventuelles recettes issues de la population mais non affectées à une catégorie de charges identifiable au cours de la période étudiée.

**Note 2:** la capacité de financement propre du centre de santé doit être bien distinguée de la "capacité contributive des ménages": la CFP ne porte que sur la partie des dépenses de santé des ménages qui est comptabilisée par le centre de santé. Les achats de médicaments sur ordonnance à l'extérieur du centre de santé ne sont pas inclus dans le calcul de la CFP, car les charges correspondantes ne figurent pas dans le budget du centre de santé. D'où l'intérêt de connaître, quand on fait une enquête sur les dépenses de soins des ménages, la part allouée au centre de santé, et qui correspond à la CFP calculée ici.

**Le financement interne** correspond à l'ensemble des ressources qui ont financé le centre de santé, hors aide internationale.

La part des charges financée par les ressources nationales, donc le poids économique des acteurs nationaux dans le financement du centre de santé, est évaluée par la **capacité de financement interne** (CFI). On peut rapporter le financement interne aux seules charges de fonctionnement, ou aux charges de fonctionnement plus les amortissements.

Si on fixe comme objectif que le système de soins soit "abordable" pour le pays, c'est-à-dire qu'il puisse être financé par les ressources nationales, sans le concours de l'aide internationale, la CFI permet de mesurer dans quelle mesure cet objectif est atteint, et le chemin qui reste à parcourir: une CFI de 80 % signifie que les services de santé dépendent pour 20 % de l'aide internationale.

## EVALUATION

### E2. Capacités de financement interne

Le tableau 5 (coûts) permet de calculer :

- CFI des charges de fonctionnement = total financé hors projet et ressources extérieures / charges fonctionnement
- CFI des charges de fonctionnement plus amortissements = total financé hors projet et ressources extérieures / charges fonctionnement + amortissements

**Note 1:** comme pour les CFP, les CFI intègrent également des ressources perçues mais non affectées au financement des charges durant la période considérée: excédent de recettes tarifaires, reliquat de subvention publique...

**Note 2:** pour avoir une idée plus exacte du degré de dépendance, il faudrait distinguer deux types d'aide internationale. Les *subventions* seraient à comptabiliser comme des apports externes, et les *prêts* (accordés par le F.M.I., la B.A.D., la B.M. ou d'autres organismes) comme des ressources internes dans la mesure où ils seront remboursés par le pays emprunteur. Dans la pratique, le type de financement (prêt ou don) n'est pas toujours connu de celui qui fait l'évaluation. De plus, certains prêts sont parfois convertis ultérieurement en dons (annulation de dette). Aussi, cette distinction n'est pas faite dans le tableau 5: ces différents types d'aide internationale sont classés dans la colonne "ressources extérieures".

**Les CFP optionnelles** : chaque projet peut classer les charges par ordre de priorité et mesurer la capacité de financement propre maximum qui peut être atteinte. On peut par exemple calculer la CFP du médicament ou du personnel.

## EVALUATION

### E3. Les CFP optionnelles :

Le tableau 5 permet de calculer :

- CFP du médicament = total recettes tarifaires / charges en médicaments
- CFP du personnel = total recettes tarifaires / charges en personnel

La même méthode de calcul et de répartition des charges peut être utilisée pour analyser des **simulations budgétaires** en fonction:

- ↳ de nouveaux objectifs de couverture sanitaire ou d'utilisation des services (exemple: mise à disposition de personnel additionnel pour assurer une meilleure permanence des soins curatifs)
- ↳ de nouvelles activités à mettre en place (exemple: organisation de tournées de vaccination pour des services qui n'en feraient pas).
- ↳ d'une variation prévisible des recettes (exemples: retrait d'un projet, non reconduction du financement d'un poste de personnel par l'Etat).

- ↳ de l'impact attendu de mesures visant à optimiser les moyens utilisés (exemples: introduction d'ordinogrammes, diminution des ruptures de stock de médicaments, révision d'une liste de médicaments essentiels, licenciement de personnel en surnombre).

### **3.2.2. DETERMINANTS PRINCIPAUX ECONOMIQUES**

La question à laquelle sont confrontés la plupart des opérateurs est de savoir comment augmenter le financement propre du centre de santé pour financer des charges qui ne sont pas couverts, ou dont le financement est amené à disparaître. Il faut alors examiner sur quels déterminants il est possible d'agir. Au vu des résultats, il faudra soit négocier les financements nécessaires auprès d'autres bailleurs, soit revoir les normes de fonctionnement du système de soins.

L'équilibre financier du centre de santé, et les capacités de financement calculées à partir du tableau 5 sont déterminés par trois facteurs principaux:

- ↳ le prix des prestations
- ↳ le recouvrement des recettes
- ↳ l'utilisation rationnelle des ressources

#### **3.2.2.1. *Le prix des prestations***

Un facteur important pour les malades dans leur décision de se rendre ou non au centre de santé est la dépense qu'ils auront à faire. Celle-ci est fonction:

- ↳ des tarifs pratiqués,
- ↳ lorsque la tarification n'est pas forfaitaire, des habitudes de prescription des actes, comme les examens de laboratoire, et des médicaments,
- ↳ et, pour mémoire, des éventuelles surfacturations liées à des pratiques parallèles.

Le monitoring permet habituellement de connaître la recette moyenne par nouveau cas, ou le prix d'un recours à la charge des malades. A défaut, il sera estimé à partir des tableaux 2 et 4, ou à partir du sondage sur les prescriptions.

Comment analyser ces prix? Selon les données disponibles localement ils peuvent être comparés aux revenus de la population, et aux tarifs moyens des autres offres de soins locales.

##### **⇒ Comparaison au revenu minimum journalier:**

On dispose rarement de données suffisamment fiables sur la capacité contributive des ménages. Le nombre de jours de travail nécessaires sur la base d'un salaire minimum local journalier pour payer une consultation + le traitement donne une première indication. Si le prix moyen d'un nouveau cas en consultation curative est supérieur à 2 jours de travail, le tarif peut être dissuasif. Il faut alors se poser la question de l'accessibilité économique du centre de santé.

##### **⇒ Comparaison aux prix d'autres offres de soins locales:**

Il s'agit d'autres offres de soins allopathiques, pour que la comparaison porte sur des soins équivalents, où il y a directement concurrence avec le centre de santé.

Exemple 1: dépense médiane de 1200 F par nouveaux cas à comparer à un forfait soins de 1000 F pratiqué par un établissement missionnaire de proximité.



Exemple 2: (Mahajanga, Madagascar, en Francs Malgaches)

- Centre de santé: 2000 (consultation) + 5000 (ordonnance moyenne) = 7000
- Infirmier privé: 15000 (soins gratuits, ordonnance moyenne)
- Médecin privé: 2500 (consultation) + 20000 (ordonnance moyenne) = 22500

Si, à qualité de service égal, le centre de santé ne parvient pas à proposer un prix inférieur à celui d'autres offres de soins, il n'est pas concurrentiel et sa viabilité n'est pas assurée.

**Note:** la qualité perçue est ici importante. Dans l'exemple ci-dessus, les médecins privés, trois fois plus chers que le centre de santé, ont pourtant des niveaux de fréquentation du même ordre.

## EVALUATION

### E4 - Prix des prestations

*La recette moyenne par cas vu en consultation curative* est calculée à partir du tableau 4 pour les recettes et du tableau 2 pour les nombres d'actes.

*La recette médiane par consultation curative* est plus intéressante, car elle n'est pas influencée comme la recette moyenne par les valeurs très élevées qui ont pu être payées par quelques cas particuliers. Elle est obtenue par sondage dans le registre de consultation.

#### Interprétation:

- ↳ calculer le nombre de jours de travail nécessaires (payés au salaire minimum local) pour payer la consultation curative à ce prix moyen ou médian.
- ↳ comparer au prix d'offres de soins concurrentes locales

### 3.2.2.2. Le recouvrement des recettes tarifaires

Toutes les recettes attendues sont-elles encaissées? Autrement dit, tous les usagers qui auraient du payer ont-ils réellement payé? Dans la plupart des systèmes de "recouvrement des coûts", les exemptions sont très sélectives. Dans la pratique et souvent lorsque le personnel qui prescrit est celui qui perçoit l'argent des malades, il peut décider d'exempter des patients pour des raisons qui lui sont propres.

Pour des raisons de simplicité, et en raison du caractère stratégique des médicaments dans le centre de santé, on limite l'évaluation du contrôle des recettes aux seules consultations curatives: recettes des actes et recettes des médicaments. Mais si des anomalies sont constatées à ce niveau, il est recommandé d'étendre le contrôle aux actes préventifs.

Attention! Lorsque le système de tarification est un système de paiement forfaitaire par traitement, l'évaluation du contrôle des recettes de la vente des médicaments représente une charge de travail trop importante pour être menée. C'est d'ailleurs un inconvénient majeur de ce système que d'être peu contrôlable.

## EVALUATION

### E5 - Recouvrement des recettes

*Recettes des consultations curatives:* le tableau 2 (activités) et le tableau 4 (recettes tarifaires) permettent de faire le rapport entre les recettes perçues et les recettes attendues par calcul (nombre d'actes \* prix unitaires). Un écart de quelques % est fréquemment observé en raison de petites erreurs de report. En pratique, si l'écart observé est jugé trop important par l'évaluateur, il pourra procéder par sondage à un contrôle plus rigoureux en englobant toutes les catégories d'actes.

*Recettes des médicaments:* à partir du cahier de caisse de pharmacie et des fiches de stock faire le rapport entre les recettes des médicaments perçues au centre de santé, et les recettes médicaments attendues (quantité délivrée \* prix unitaire de chaque présentation).

### 3.2.2.3. *L'utilisation rationnelle des ressources*

L'équilibre économique (ainsi que l'accessibilité économique) du centre de santé est également directement fonction des charges à financer et d'une bonne utilisation des moyens. La comparaison de la structure des charges entre **centres de santé offrant les mêmes services** peut donner des indications utiles pour identifier là où il serait possible de rationaliser les ressources utilisées.

Les charges en personnel et en médicaments sont en général les postes les plus importants dans le budget d'un centre de santé. Dans un système rationalisé, le personnel représente entre 50 et 60 % des charges de fonctionnement (hors amortissement) et les médicaments entre 25 et 35 % [18]. C'est donc à eux qu'il faut s'intéresser en premier.

#### **EVALUATION**

##### **E6. Utilisation rationnelle des ressources**

L'**adéquation des ressources** humaines, des bâtiments, des équipements et des médicaments (encadrés S2 à S5), sont aussi des indicateurs de l'utilisation rationnelle des ressources dans le centre de santé.

En l'absence de référence à un budget-type de centre de santé, on calcule la **part des dépenses en personnel et en médicaments** dans le coût de fonctionnement du centre de santé à partir du tableau 5 (coûts).

### 3.2.3. DETERMINANTS ECONOMIQUES INDIRECTS

**La capacité contributive des ménages** constitue un déterminant essentiel du financement propre des services de santé. Si le prix des soins est trop élevé par rapport à la capacité contributive, il ne peut y avoir accessibilité économique des soins pour la population. A l'inverse, si la capacité contributive augmente, les malades peuvent rechercher une offre de soins plus chère et de meilleure qualité selon leurs critères. C'est toujours le facteur "qualité/prix" qui intervient dans la décision d'utiliser et de payer pour un service. Malheureusement, la capacité contributive n'est pas facile à estimer. Sa connaissance nécessite des enquêtes spécifiques sur les revenus des ménages, ou sur les dépenses de soins. Ces informations sont rarement disponibles.

**La concurrence de soins locaux** offrant des services d'un meilleur rapport qualité/prix. (par exemple, des services de santé confessionnels) ou fournissant à bas prix des produits frauduleux ou obtenus de manière illégale (médicaments de contrebande ou de contrefaçon), peut détourner une partie des utilisateurs. Cf. ci-dessus § 3.2.2.1.

**L'état des finances publiques** conditionne la capacité du gouvernement à honorer en totalité et dans les délais ses engagements financiers, notamment les salaires.

#### **EVALUATION**

##### **E7. Déterminants économiques indirects**

Une liste de questions portant sur la capacité contributive des ménages, la concurrence de soins locaux, et la capacité financière de l'Etat est posée au responsable du district, au chef de centre, ou au comité de gestion.

### **3.3. INDICATEURS ET DETERMINANTS INSTITUTIONNELS**

---

L'objectif du cadre institutionnel est d'organiser les acteurs dans la gestion du centre de santé. Ce cadre comprend la gestion du centre de santé lui-même ainsi que ses relations avec les autorités sanitaires du district et le Ministère de la santé. La viabilité du centre de santé suppose que le cadre institutionnel soit bien défini et accepté par l'ensemble des acteurs. Un centre de santé mal "managé" n'est pas en mesure de remplir son rôle: améliorer la santé de la population. Et cela malgré toute l'aide de l'Etat et l'aide internationale dont il peut bénéficier.

**Note:** dans ce paragraphe comme dans les précédents, le terme de "comité de gestion" est utilisé comme terme générique pour l'instance de gestion représentative de la population, quel que soit son statut. Il n'implique pas une préférence de notre part pour ce type d'organisation.

#### **3.3.1. LES INDICATEURS DE FONCTIONNALITE**

La fonctionnalité du cadre institutionnel peut s'évaluer par:

- ⇒ La façon dont les acteurs remplissent leurs fonctions aujourd'hui: c'est la comparaison entre les tableaux des rôles théorique et réel.
- ⇒ Des indicateurs de maîtrise du système: contrôle des recettes et des médicaments, mise en œuvre des procédures de gestion et contrôle, absence de détournement.
- ⇒ La façon dont les institutions se coordonnent entre elles.

##### **3.3.1.1. *Respect des fonctions***

Pour que le centre de santé soit pérenne, il faut que les dispositions contractuelles entre les différents acteurs soient respectées. Le non respect de ces dispositions entraîne une carence en matière de décision, d'exécution et de contrôle (sanctions non appliquées, incitations insuffisantes).

#### **EVALUATION**

##### **II. *Respect des fonctions***

La comparaison entre les tableaux des rôles théorique (tableau 6.1) et réel (tableau 6.2) montre:

- ↳ les rôles non remplis dans la réalité (zones de non-décision)
- ↳ les rôles joués par d'autres acteurs que ceux prévus (zones de confusion)

##### **3.3.1.2. *Utilisation des outils et procédures de gestion***

Pour la gestion financière du centre de santé, les acteurs doivent suivre des procédures et utiliser des outils de gestion.

Ces procédures organisent la circulation de l'argent, des flux matériels (notamment médicaments), et permettent de vérifier l'exactitude des données inscrites dans les outils de gestion par le principe du "double chemin" (cf. encadré ci-dessous).

## LE PRINCIPE DU "DOUBLE CHEMIN" POUR CONTROLER UN SYSTEME DE GESTION

**Principe:** tout système de gestion doit permettre à un acteur du système

- ↳ de retrouver ses propres erreurs
- ↳ de contrôler objectivement le travail d'un autre

Toute procédure de gestion doit pouvoir se vérifier par un "**double chemin**": deux procédures différentes doivent arriver au même résultat.

Exemple 1: Les recettes des actes curatifs peuvent être vérifiées par un rapprochement entre les recettes perçues, qui sont en caisse et indiquées sur les reçus ("chemin 1") et le nombre de consultations curatives inscrites dans le registre valorisées selon la tarification ("chemin 2").

Exemple 2: Contrôle des recettes de la vente des médicaments: les recettes médicaments peuvent être vérifiées par le rapprochement entre le total des prescriptions vendues et le total des quantités sorties valorisées au prix de vente.

1. Chemin 1: reprendre le cahier de caisse de pharmacie et cumuler la valeur de toutes les prescriptions vendues dans la journée.
2. Chemin 2: reprendre le registre journalier d'utilisation des médicaments, et faire le total de la quantité de chaque médicament vendu dans la journée. Valoriser toutes ces sorties de médicaments par le prix unitaire, et totaliser les valeurs de tous les médicaments vendus.

Le total "chemin 1" doit correspondre à celui du "chemin 2".

Pour faire ce contrôle, cependant, il faut que le gérant enregistre les sorties de médicaments au cours de la journée dans son registre journalier et non d'après les ordonnances le soir.

Exemple 3: un solde en banque peut se vérifier par un rapprochement entre les relevés bancaires et le cahier de versements et retraits, ou le cahier de caisse (signé par le dépositaire ou le trésorier) et les talons de chèques.

D'autres outils et procédures doivent être mis en oeuvre sur un rythme annuel: compte d'exploitation, bilan, plan annuel d'activités et budget prévisionnel, éventuellement audit externe.

### EVALUATION

#### **I2. Utilisation des outils et procédures de gestion**

Les différents outils et procédures de gestion sont récapitulés dans un tableau:

- ↳ reçus et ordonnancier avec souche ou double; cahier de caisse; fiches de stock; registre journalier d'utilisation des médicaments; registres de consultation...
- ↳ rapprochement entre recettes perçues et recettes attendues (des actes et des médicaments); rapprochement entre l'argent en caisse et le livre de caisse; inventaire des médicaments ; rapprochement entre les factures des médicaments et les médicaments entrés en rayon...
- ↳ compte de résultats et bilan (élaboration et analyse); programme d'action annuel et budget prévisionnel...

Pour chaque outil ou procédure, il est indiqué si il/elle existe, et si il/elle a été utilisé(e) ou mis(e) en oeuvre dans l'année d'observation.

### 3.3.1.3. **Efficacité du contrôle interne**

Les outils et procédures de gestion sont la base du contrôle de gestion. Cependant, ils ne sont efficaces que si des décisions sont prises sur la base des informations qu'ils donnent: les recettes sont réellement perçues, les dépenses sont maîtrisées, et il n'y a pas de détournements.

#### **EVALUATION**

##### **I3. Efficacité du contrôle interne**

Elle est évaluée par trois types d'indicateurs:

- **Recouvrement des recettes:** ces indicateurs ont déjà été définis comme déterminants économiques (encadré E5)
- **Utilisation rationnelle des ressources:** ces indicateurs ont déjà été définis comme déterminants économiques (encadré E6)
- **Absence de détournement:** aucun détournement d'argent, de consommables ou de matériel ne doit avoir été constaté ces dernières années, ou bien a été suivi d'un remboursement.

### 3.3.1.4. **Relations entre les instances de gestion**

Dans le cadre de la décentralisation, on assiste à une répartition des rôles (cogestion) entre les administrations sanitaires et les représentants de la population. Au Ministère de la santé revient la responsabilité de définir les missions des services de santé, de former et d'assurer une supervision technique du personnel. Aux communautés organisées la responsabilité de la gestion du centre de santé (gestion du personnel local, l'emploi des ressources...). Enfin, les projets qui appuient ces restructurations du système de santé ont souvent une place institutionnelle active dans le contrôle du système, même si c'est de façon transitoire.

Les relations qui existent entre les différentes instances de gestion peuvent être soit des relations hiérarchiques, soit des relations de collaboration:

- ⇒ Dans une relation hiérarchique, les décisions sont prises par l'instance de gestion qui dispose, de part sa position, d'une autorité dans le domaine.
- ⇒ Dans une relation de collaboration, les décisions sont prises en commun par négociation entre les instances de gestion.

#### **EVALUATION**

##### **I4. Organigramme des relations entre instances de gestion**

Les relations entre acteurs principaux sont schématisées sur un organigramme, en différenciant relations hiérarchiques et relations de collaboration. Les dysfonctionnements sont notés.

### 3.3.2. **LES DETERMINANTS PRINCIPAUX INSTITUTIONNELS**

Il faut plusieurs conditions pour que le cadre institutionnel soit fonctionnel:

- ↳ des acteurs qui connaissent leurs rôles, soient capables de remplir leurs fonctions, et soient motivés pour le faire;
- ↳ l'existence d'une convention qui contractualise de façon précise les responsabilités entre les acteurs;
- ↳ l'existence de services d'appui-conseil au comité de gestion.

### 3.3.2.1. **Capacité du comité de gestion**

La participation communautaire ne se limite pas à la contribution financière de la population. Elle implique la mobilisation de la population dans la gestion du centre de santé et le contrôle des fonds mobilisés au niveau local au sein du Comité de gestion ou d'une instance représentative de la population.

Le bon fonctionnement du centre de santé va dépendre de la capacité du Comité de gestion à remplir son rôle. Ce paragraphe est donc centré sur le Comité de gestion (ou son équivalent local): a-t-il les compétences requises? Quelle est sa motivation à remplir son rôle?

#### **EVALUATION**

##### **I5 - Capacité du « Comité de gestion »**

- **Compétence:** Elle est évaluée par le niveau d'études des membres, et leurs compétences en gestion.
- **Motivation:** Elle est évaluée par la régularité des réunions, avec un faible taux d'absentéisme, et l'application des décisions qui y sont prises.  
Par ailleurs, la motivation des membres dépend des incitations financières telles que les indemnités car il faut tenir compte de la charge de travail que représente pour certains membres l'exercice de leur fonction.

### 3.3.2.2. **Convention et services d'appui-conseil auprès du comité de gestion**

Les textes des lois et décrets définissant le fonctionnement des centres de santé sont rarement exhaustifs dans la définition des responsabilités des différents acteurs, car ils doivent couvrir tous les cas de figure existant dans le pays. Un complément peut être apporté localement sous forme d'une **convention**. Il s'agit d'un contrat signé par les différents partenaires, qui précise les points ambigus ou absents des textes officiels, et d'impliquer localement les partenaires en indiquant leurs droits et devoirs vis à vis du centre de santé.

Des **services d'appui-conseil** auprès du comité de gestion permettent de développer les compétences des membres en gestion. Ces services sont souvent issus du projet d'aide extérieure. Il peuvent aussi être fournis par l'équipe-cadre du district, ou par une organisation locale autonome. Leurs prestations peuvent concerner la formation, le suivi-évaluation, ou l'audit externe.

#### **EVALUATION**

##### **I6. Convention et services d'appui-conseil au comité de gestion**

Une convention contractualise-t-elle les rôles entre les acteurs du centre de santé?

Y a-t-il des services externes d'appui-conseil au comité de gestion? Si oui, quelles sont leurs activités en rapport avec le centre de santé?

### 3.3.3. **DETERMINANTS INSTITUTIONNELS INDIRECTS**

Trois facteurs externes au district de santé favorisent le développement des capacités de gestion des représentants de la population:

- ⇒ **L'existence de textes réglementaires** qui dotent les comités de gestion de la personnalité morale juridiquement fondée, et qui définit de façon exhaustive leurs responsabilités.

⇒ **Une politique de décentralisation effective** des services de l'Etat (avec responsabilisation sur la gestion des activités et des budgets), et une politique de responsabilisation des acteurs de la "société civile": mise en place de collectivités locales avec remplacement de personnes nommées par l'Etat par des élus (p. ex. maires), reconnaissance d'associations ou de groupements avec lesquelles l'Etat peut contractualiser des prestations.

On constate qu'il existe une corrélation entre le niveau de responsabilité et le niveau de prise en charge: un pouvoir de décision réel entraîne une plus grande dynamique participative.

⇒ **La cohésion sociale**, l'existence d'une vie associative reconnue, et de modes traditionnels de désignation des représentants de la population.

## **EVALUATION**

### **I7. Déterminants institutionnels indirects**

Ils sont évalués par des entretiens avec l'équipe-cadre de district et le comité de gestion, sur la base du tableau des rôles théorique (tableau 6.1):

- ↳ statut juridique du comité de gestion,
- ↳ rôles non définis dans les textes,
- ↳ pouvoir de décision du comité de gestion,
- ↳ place de la vie associative dans le pays.

## 4. ANALYSE: INTERPRETATION DE L'ÉVALUATION

La dernière étape est celle de l'analyse et de la conclusion de l'évaluation.

A partir des données collectées dans les tableaux de base, des indicateurs qui en ont été extraits, et des déterminants, il faut aboutir à un jugement sur le degré d'atteinte des objectifs d'autonomie et sur la viabilité du centre de santé. Il faut donc reprendre toutes les informations et les interpréter, suivant les cinq étapes ci-dessous:

### 1. Validation:

Quelle est la qualité des données recueillies? Quelles sont les limites de l'analyse?

### 2. Analyse du pouvoir d'attraction:

Le centre de santé est-il concurrentiel? Quels sont les taux d'utilisation des services? Comment les expliquer, notamment par rapport à la qualité perçue des services et leur prix?

### 3. Analyse de la situation financière:

Le centre de santé est-il en déficit ou en excédent? Quelle est sa structure de financement? Comment l'expliquer en analysant les recettes et les dépenses?

### 4. Analyse de la gestion:

Les acteurs responsables du centre de santé s'acquittent-ils de leurs rôles? Les outils de gestion et de contrôle de gestion sont-ils utilisés?

### 5. Conclusions de l'évaluation et recommandations:

Quelle est la viabilité actuelle du centre de santé? Quelles sont les mesures susceptibles de l'améliorer?

## 4.1. ÉTAPE 1: VALIDATION DES DONNÉES

---

Cette étape préalable à l'analyse consiste à s'interroger d'une part sur la qualité des données recueillies, et d'autre part sur l'importance des données non enregistrées du fait des pratiques parallèles.

### 4.1.1. DISPONIBILITE ET FIABILITE DES DONNEES COLLECTEES

La première question à se poser concerne la façon dont les données ont été recueillies durant l'enquête: toutes celles qui ont été demandées ont-elles pu être obtenues?

Les données manquantes peuvent gêner l'interprétation. Rappelons aussi que l'absence de données est aussi une information, car elle montre qu'il manque des outils de gestion dans le centre de santé, ou qu'ils sont imparfaits.

Les difficultés pour remplir les différents tableaux doivent conduire les responsables du district à améliorer leur système d'information, de manière à pouvoir suivre les indicateurs d'activités et de financement utilisés au cours de cette évaluation.



Les 6 tableaux de base pourront être utilisés pour identifier les données supplémentaires à intégrer dans le système d'information existant. On se référera au tableau I2 pour la liste des outils de gestion qui devraient normalement exister dans tout centre de santé.

La seconde question à se poser concerne la qualité des données récoltées:

⇒ *Le recueil de données a-t-il été effectué correctement?*

Pour cela, reprendre le protocole prévu dans ce guide et analyser les écarts qui ont eu lieu au cours de l'enquête.

⇒ *Quel est le niveau de fiabilité des données, sachant que l'analyse va s'appuyer sur ces informations?*

Les données les plus fiables sont les données écrites, remplies au jour le jour (reçus, registre de consultation...), et recoupées par une autre source d'information. Il faut donc s'interroger sur les données orales, les données de compilation (rapports mensuels p. ex.), et les données non vérifiables par recoupement. Il faut aussi savoir relativiser les conclusions tirées de telles données.

#### **4.1.2. IMPACT DES PRATIQUES PARALLELES**

La troisième question à se poser concerne les activités techniques et financières qui n'ont pas du tout été enregistrées. En effet, les données collectées peuvent ne représenter qu'une partie de la réalité de l'activité du personnel du centre, des coûts et des dépenses à la charge des utilisateurs.

##### **LES PRATIQUES "PARALLELES"**

Les **pratiques parallèles** sont illégales, et ne peuvent pas être répertoriées par le système de gestion et de comptabilité: surfacturations, ventes directes de médicaments par le personnel, ou prestations de soins non autorisées (comme l'hospitalisation non autorisée dans certains centres de santé)... Le coût des pratiques parallèles est assumé par la population. Ce sont des ressources (en argent ou en nature) directement allouées au personnel par les malades.

Doit-on considérer que les revenus complémentaires générés sont l'expression du coût réel du travail réalisé par des agents insuffisamment payés? Ou plus simplement que le personnel profite ou abuse-t-il de l'existence d'une demande solvable et de l'absence d'un contrôle rigoureux? La réponse apportée à cette question aura une influence déterminante sur la qualité des services rendus. Il est en effet extrêmement difficile de faire travailler correctement du personnel qui ne se considère pas "suffisamment payé". Le niveau correct d'une rémunération n'est cependant pas simple à apprécier. Dans la pratique on rencontre plusieurs situations dans lesquelles les pratiques parallèles peuvent être considérées comme des coûts cachés:

- **Situation 1:** *Les salaires versés par l'Etat sont trop bas et ne permettent pas à un agent de santé de subvenir à ses besoins sans pratiquer une autre activité génératrice de revenus.*

Il doit soit s'absenter de son lieu de travail pendant ses heures de services ou d'astreintes, soit trouver des revenus complémentaires dans le cadre de son activité professionnelle en ayant recours aux pratiques parallèles.

- **Situation 2:** *Le pouvoir d'achat des agents de l'Etat a baissé dans la zone Franc CFA suite à la dévaluation de janvier 1994.*

La dévaluation a réduit le différentiel de pouvoir d'achat entre les salariés de la fonction publique et les actifs du secteur agricole. Il n'y a pas eu de compensation et les pratiques parallèles ont augmenté en particulier dans le secteur de la santé où il existe une demande solvable. S'agit-il pour autant d'abus de la part du personnel de santé?

Seules des enquêtes spécifiques auprès de la population permettent d'estimer les sommes mobilisées auprès des malades par les pratiques parallèles. On a ainsi pu estimer que les gains liés aux pratiques parallèles pouvaient représenter selon les centres de santé, de 30 à 100% des recettes tarifaires comptabilisées [8], ce qui donne une idée de leur poids par rapport à ces mêmes recettes.

Les informations recueillies ne portent que sur l'activité, le financement du système de "recouvrement des coûts" officiel: on devrait préciser ici que le taux d'utilisation est celui des malades enregistrés dans le suivi du système, que la dépense moyenne par nouveaux cas est la dépense comptabilisée dans le système, etc.

Il est nécessaire de garder à l'esprit cet "aspect caché" du centre de santé lors de l'interprétation: il entraîne en effet une sous-évaluation de la contribution financière de la population et des coûts en personnel. Il peut aussi expliquer une sous-utilisation des services. L'existence et l'ampleur des pratiques parallèles doivent être prises en compte comme des déterminants de la qualité, de la viabilité économique et financière d'un système de recouvrement des coûts, et en final, de sa pérennité.

Des mesures visant à réduire ces pratiques existent, mais leur mise en oeuvre nécessite des conditions préalables difficiles à réunir. Ainsi, il est illusoire de penser que seul le versement de primes suffirait à réduire ces pratiques.

## **4.2. ETAPE 2: ANALYSE DU POUVOIR D'ATTRACTION DU CENTRE DE SANTE**

---

Cette étape permet de répondre à la question: le centre de santé est-il concurrentiel?

Autrement dit, il s'agit d'apprécier si les facteurs de qualité techniques perçus par la population sont satisfaisants par rapport au prix demandé au malade, compte tenu de l'offre d'autres prestataires.

### **4.2.1. LE NIVEAU D'UTILISATION DES SERVICES**

Première question: les services de santé sont-ils utilisés?

L'utilisation du service de **consultations curatives** est l'indicateur le plus synthétique du fonctionnement du centre de santé. C'est l'utilisation mesurée **dans la zone attraction** qui est la plus intéressante, car il n'y a pas là de problème d'accessibilité géographique.

Trois situations sont possibles:

- ⇒ **Situation 1:** *le service de consultation curative est peu utilisé (moins de 0,5 nouveau cas par habitant et par an dans la zone d'attraction)*
- ⇒ **Situation 2:** *le niveau d'utilisation est inconnu ou peu fiable (zone d'attraction mal connue en grande ville), ou seulement connu dans l'aire de responsabilité.*

Dans ces 2 cas, il faut reprendre un par un les déterminants du fonctionnement des services (cf. pages 34-38) pour voir dans quelle mesure ils expliquent cette faible utilisation.

Pour rappel, il s'agit de:

- ↪ l'accessibilité géographique
- ↪ l'adéquation des équipements et consommables, et particulièrement la disponibilité des médicaments
- ↪ l'adéquation du personnel, et tout particulièrement son niveau de qualification et de motivation, et sa charge de travail
- ↪ l'accueil des patients, et notamment le temps d'attente
- ↪ la permanence des services
- ↪ la rationalité des soins

⇒ **Situation 3:** *l'utilisation de la consultation curative est satisfaisante (car supérieure à 0,5 nouveau cas par habitant et par an)*

Dans ce cas, l'analyse fine de tous les déterminants du fonctionnement des services n'est pas obligatoire. Une attention particulière devra cependant être accordée à la rationalité des soins. Une dérive "commerciale" d'un centre de santé est en effet possible: dans ce cas, il répond totalement à la demande sans pour autant répondre aux objectifs de santé publique qui lui sont donnés.

#### **4.2.2. ANALYSE DE LA QUALITE DES SERVICES**

Tous les déterminants ne pèse pas du même poids par rapport au pouvoir d'attraction du centre de santé. Les trois premiers facteurs à prendre en compte pour l'analyse de la qualité perçue sont:

- ↪ les ruptures de stocks de médicaments,
- ↪ la faible qualification du personnel,
- ↪ les absences répétées aux postes de travail.

Passons-les en revue rapidement, en laissant de côté l'accessibilité géographique qui est une donnée structurelle de la population.

##### **4.2.2.1. La disponibilité en médicaments**

On utilisera l'indicateur figurant dans l'encadré S2 (page 35) pour apprécier la disponibilité en médicaments. L'adéquation des bâtiments et des équipements (encadrés S3 et S4, page 35) est moins perçue comme déterminant de la qualité des services.

##### **4.2.2.2. L'adéquation des ressources humaines**

Le niveau de qualification du personnel soignant (encadré S5 page 36) est un déterminant important de la qualité perçue. A coût égal, la population ira plus facilement consulter un médecin ou une sage-femme qu'un infirmier. Ce facteur peut ne pas avoir d'importance si le service de santé est en position de monopole. C'est souvent le cas en milieu rural, plus rarement en milieu urbain. Il faut donc apprécier le niveau de qualification au regard de la concurrence locale.

Par ailleurs, la charge de travail du personnel, évaluée par le nombre moyen de consultations curatives par jour et par personne (encadré S5) permet de voir si le nombre d'agents de santé est ou non adéquat.

Un faible taux d'utilisation des services avec une charge de travail importante (20 consultations/jour/personne et plus) plaide en faveur:

- ↳ d'une meilleure organisation du travail à effectifs constants: horaires, répartition des tâches entre les agents de santé, etc.,
- ↳ d'une augmentation des effectifs, s'il n'existe pas de "gains de productivité".

On peut définir le volume d'activités curatives que le centre de santé est susceptible d'assurer compte tenu de ses effectifs et des autres activités dont il a la charge. Le nombre de consultations ainsi défini, rapporté à la population de la zone d'attraction, permet de définir le taux d'utilisation théorique maximum compte tenu des effectifs disponibles.

Exemple: Une consultation répondant aux normes de qualité dure 15 mn et un infirmier peut travailler 5 heures par jour à la consultation curative (de 7 à 12H), soit 20 consultations par jour et par agent, soit environ 5000 consultations par an pour 250 jours. Si la population de la zone d'attraction est de 8000 habitants, le taux d'utilisation théorique maximum sera de  $5000 / 8000 = 0,63$ .

#### **4.2.2.3. La permanence des services**

Un faible taux d'utilisation des services avec une faible permanence orientera vers des mesures visant à accroître la présence du personnel à son poste de travail. La permanence a aussi un impact sur le financement du centre de santé : toute absence a des conséquences sur le volume des recettes perçues, donc sur la capacité financière propre.

#### **4.2.2.4. L'accueil des patients**

Les trois facteurs cités précédemment peuvent être satisfaits mais l'accueil du personnel peut dissuader les malades d'utiliser les services. On part de l'hypothèse qu'il existe un lien entre accueil et motivation du personnel. Le terme de motivation est pris dans son sens global, et pas seulement au sens courant de motivation financière. Ainsi un mauvais accueil peut être lié à:

- ↳ l'absence d'appui et de contrôle par la tutelle,
- ↳ l'absence de concurrence,
- ↳ l'absence d'intéressement aux résultats techniques et financiers du travail,
- ↳ une rémunération jugée insuffisante par rapport au travail effectué,
- ↳ des moyens de travail jugés insuffisants (équipements, transport, médicaments),
- ↳ une mauvaise insertion sociale de l'agent (problème ethnique, ou de comportement individuel),
- ↳ l'absence de perspectives d'évolution du poste de travail.

L'encadré S5 permet une première approche de la motivation du personnel. Un travail complémentaire plus approfondi sur les comportements pourra être entrepris avec les intéressés.

Le temps d'attente observé doit être mis en relation avec la charge de travail du personnel soignant. On devra se référer à la durée d'une consultation pour apprécier dans quelle mesure un temps d'attente trop prolongé est lié à un volume d'activité trop important pendant une plage horaire déterminée (le matin, de 8 à 10H par exemple), où s'il traduit une faible motivation du personnel à prendre en compte l'attente des malades. On peut, à l'issue de cette analyse, identifier des mesures visant à réduire le temps d'attente par une meilleure organisation du travail.

#### 4.2.2.5. *La rationalité des soins*

Ce déterminant a une place à part, puisqu'il concerne la qualité du centre de santé au regard des exigences de santé publique (offre des services et conformité des soins par rapport aux normes professionnelles), et non plus selon le point de vue des utilisateurs.

Sont évaluées ici **la place de la dimension préventive** dans le centre (comparaison des taux d'utilisation, encadré S8) et **la prescription rationnelle des médicaments** (encadré S9). Suite à cette analyse de la qualité des services du centre de santé, deux situations sont envisageables:

⇒ **Situation 1:** *certains facteurs de qualité ne sont pas satisfaits*

Ces facteurs sont les priorités d'action dans le centre de santé. Il est possible de tenter ensuite d'évaluer l'impact sur la fréquentation des mesures qui auront été prises.

⇒ **Situation 2:** *aucun des déterminants ne semble en cause*

Il faut se demander si la qualité des soins a bien été évaluée par les quelques indicateurs utilisés ci-dessus. Un travail plus approfondi est peut être nécessaire pour mettre en évidence les raisons de la non-utilisation des services. L'observation du personnel en situation de soins est alors la méthode la plus simple pour mettre en évidence des problèmes dans la qualité des soins. Une enquête auprès de la population donne une image plus exacte des problèmes de qualité perçue, pour peu qu'elle soit faite par des personnes indépendantes du centre de santé. Il est alors préférable d'enquêter auprès d'un échantillon représentatif de la population plutôt que de se limiter aux seuls utilisateurs du centre de santé. On peut ainsi évaluer:

- ↳ si l'offre de soins prend suffisamment en compte la demande des malades;
- ↳ si la pratique du paiement direct n'est pas à l'origine d'exclusions à certaines périodes de l'année: pour cela, il faut analyser les variations saisonnières des courbes de fréquentation annuelles;
- ↳ si la dépense par nouveau cas n'est pas trop élevée pour être accessible à la majorité de la population de la zone d'attraction (cf. ci-dessous). Si une enquête est faite en population, les pratiques parallèles doivent être évaluées, car le prix réellement payé par le patient peut être source d'exclusion, alors que la tarification officielle semble accessible.

#### 4.2.3. ANALYSE DU PRIX DES SERVICES

Le travail précédent sur la qualité des services doit être complété dans tous les cas par l'analyse du prix des services.

L'indicateur choisi ici est la **dépense que le malade doit faire pour se soigner**, donc la **recette du centre de santé par nouveau cas** (encadré E6, page 42): la recette moyenne par nouveau cas vu en consultation curative, ou mieux la recette médiane, moins influencée que la moyenne par les valeurs extrêmes.

Comment interpréter ces indicateurs? Des enquêtes sur les comportements de recours et les dépenses de soins peuvent être utiles pour apprécier dans quelle mesure les tarifs pratiqués sont adaptés à la capacité contributive [14,17]. Faute de pouvoir organiser ce type d'enquête, une simple comparaison peut être faite avec le revenu minimum salarié, et avec le prix moyen d'autres offres de soins locales (encadré E6).

- ⇒ **Comparaison au revenu minimum journalier:** des données fiables sur la capacité contributive des ménages sont rarement disponibles. Le nombre de jours de travail nécessaires sur la base d'un salaire minimum local journalier pour payer une consultation donne une première indication. Si le prix moyen d'un nouveau cas en consultation curative est supérieur à 2 jours de travail, il faut se poser la question de l'accessibilité économique du centre de santé.
- ⇒ **Comparaison aux prix d'autres offres de soins locales:** il s'agit d'autres offres de soins allopathiques (pour que la comparaison porte sur des soins équivalents) où il y a directement concurrence avec le centre de santé. Si, à qualité de service égal, le centre de santé propose un prix supérieur à celui d'autres offres de soins, il n'est pas concurrentiel et sa viabilité est douteuse. La qualité perçue est ici importante: une offre plus chère mais de meilleure qualité perçue peut avoir un niveau de fréquentation du même ordre.

En conclusion, l'analyse du prix des services met en évidence deux situations:

⇒ **Situation 1:** *le prix est trop élevé au regard du salaire minimum et/ou de l'offre concurrente.*  
Cela ne dispense pas de travailler sur les problèmes de qualité des soins, mais il sera difficile d'augmenter la fréquentation tant que l'accessibilité économique ne sera pas meilleure. L'analyse financière du centre de santé permettra de dire s'il y a possibilité de réduire les tarifs.

⇒ **Situation 2:** *le prix paraît correct.*

Les éventuels problèmes de qualité perçue peuvent empêcher l'utilisation des services, ainsi que des fortes variations saisonnières des revenus (période de soudure). D'autre part, la recette moyenne ou médiane par nouveau cas ne représente pas forcément ce que dépense le patient:

- Une liste trop limitative de médicaments, lorsqu'il existe une offre concurrente sur le marché local, peut avoir pour conséquence des prescriptions à l'extérieur qui augmentent les dépenses des usagers et les dissuadent de fréquenter le centre. De même s'il y a des ruptures de stock de médicaments au centre de santé.
- On gardera à l'esprit que la prescription de médicaments en dehors de l'établissement ou la délivrance de produits non autorisés peut être source de revenus complémentaires pour le personnel prescripteur et donc de dépenses supplémentaires pour les malades (pratiques parallèles).

**Note:** Mettre en place des systèmes de prépaiement alternatifs au paiement à l'acte est difficile, mais leur impact sur l'augmentation de la fréquentation a été démontré.

### 4.3. ETAPE 3: ANALYSE DE LA SITUATION FINANCIERE

Le tableau 5 permet de saisir les charges actuelles du centre de santé. L'exploitation des données suit plusieurs étapes.

#### 4.3.1. DEFICIT OU EXCEDENT?

Le tableau 5 donne une première estimation d'un déficit ou d'un excédent de financement des charges identifiées. Le déficit ou l'excédent de la période considérée apparaît dans la colonne H du Tableau 5.

La constatation d'un **déficit** (total positif de la colonne H du tableau 5) signifie que le total des ressources mobilisées (y compris celles de l'aide internationale) n'a pas permis de couvrir toutes les charges de la période.

La constatation d'un **excédent** (total négatif de la colonne H du tableau 5), signifie que les ressources mobilisées ont été supérieures aux charges de la période correspondante. Un excédent ne signifie pas forcément que le centre de santé soit autofinancé. L'excédent a pu être obtenu grâce à des financements externes.

#### 4.3.2. ANALYSE DES CAPACITES DE FINANCEMENT

Pour répondre à la question de l'autonomie financière du centre, il faut examiner la structure de financement des charges de la période considérée. Les indicateurs de la **capacité de financement propre et interne** permettent de définir six situations.

**TABLEAU: 6 structures de financement des centres de santé**

	CFP* Fonct.	CFP* Fonct.+ amort.	CFI** Fonct.	CFI** Fonct.+ amort.	Autonomie financière
Situation 1	< 100%	< 100 %	< 100 %	< 100%	0
Situation 2	< 100%	< 100 %	≥ 100 %	< 100%	±
Situation 3	< 100%	< 100 %	≥ 100 %	≥ 100 %	++
Situation 4	≥ 100 %	< 100 %	≥ 100%	< 100 %	+
Situation 5	≥ 100 %	< 100%	≥ 100%	≥ 100 %	++
Situation 6	≥ 100 %	≥ 100%	≥ 100%	≥ 100%	++

\* CFP = capacité de financement propre

\*\* CFI = capacité de financement interne

- ⇒ **Situation 1:** Le centre ne parvient pas à couvrir ses charges de fonctionnement. Il est dépendant de l'aide extérieure, même pour son fonctionnement quotidien.
- ⇒ **Situation 2:** Le centre ne couvre ses charges de fonctionnement qu'avec l'aide de financements internes autres que les recettes tarifaires. Il ne parvient pas à amortir. Le renouvellement des équipements et des bâtiments dépend de l'aide extérieure.
- ⇒ **Situation 3:** Le financement propre ne couvre pas la totalité des charges de fonctionnement, mais le financement interne couvre tout le fonctionnement et les amortissements. Le centre est donc autonome grâce à ce(s) cofinancement(s).

- ⇒ **Situation 4:** Le centre couvre totalement son fonctionnement par ses recettes tarifaires ; il a donc un certain niveau d'autonomie. Mais il ne parvient pas à amortir avec des financements internes. Le renouvellement des équipements et des bâtiments dépend de l'aide extérieure.
- ⇒ **Situation 5:** Le centre couvre totalement son fonctionnement par ses recettes tarifaires, et il parvient à amortir grâce à d'autres sources de financement nationales. Il a donc un bon niveau d'autonomie.
- ⇒ **Situation 6:** Le centre est autonome pour son fonctionnement et pour ses amortissements, qui sont financés par les seules recettes tarifaires.

A données constantes, dans les situations 3, 5 et 6, le centre est capable de couvrir ses charges dans la durée. Cependant, autonomie n'est pas forcément équivalent de viabilité. La viabilité financière n'est jamais définitivement acquise: ainsi l'Etat peut ne plus être en mesure de provisionner pour les investissements à renouveler. Par ailleurs, une offre de soins à bas prix peut venir concurrencer le centre et remettre en cause ses capacités de financement propre.

### **4.3.3. ANALYSE DES RECETTES ET DES DEPENSES**

Quelle que soit la situation observée, déficit ou excédent, on devra se poser les questions suivantes :

#### ⇒ **Question 1: Les recettes perçues correspondent-elles aux recettes attendues?**

On examine ici l'indicateur de contrôle des recettes tarifaires (des consultations curatives) proposé p. 52. Un écart de quelques % est acceptable. Si l'écart constaté est trop important, on effectuera un contrôle de l'ensemble des prestations effectuées et des recettes perçues pour avoir une estimation des recettes théoriques totales du centre de santé.

On devra rechercher dans l'absence de mesures de contrôle interne efficaces les causes d'un écart important.

On ne peut pas intégrer les recettes théoriques au financement propre sans identifier les éventuelles charges additionnelles liés à la mise en place de procédures de contrôle plus efficaces. Il faut aussi tenir compte de l'impact du contrôle sur la motivation des agents bénéficiaires des sommes non comptabilisées.

#### ⇒ **Question 2: Les charges peuvent-elles être réduites?**

L'adéquation de l'effectif du personnel aux besoins du centre de santé est la première question à examiner.

La liste des médicaments utilisés (génériques ou non) est également à étudier afin d'identifier des possibilités de réduire les charges en médicaments, tout en conservant le pouvoir d'attraction du centre.

Les charges importantes qui ne sont pas directement liées à la production des soins sont à identifier et à discuter (exemples: fonctionnement excessif du véhicule, réception de personnalités, etc.).

### **4.3.4. FACE A UN DEFICIT: ETABLIR UN SCHEMA DE FINANCEMENT ACTUALISE**

La constatation d'un déficit d'un centre de santé nécessite l'établissement d'un budget et d'un schéma de financement actualisés en intégrant différents objectifs.

#### ⇒ **Objectif 1: le recouvrement des recettes est amélioré**

Si des mesures ont été identifiées, on peut se fixer un objectif de recouvrement proche de 100%. En intégrant toutes les recettes attendues dans la capacité de financement, constate-t-on toujours un déficit?

#### ⇒ **Objectif 2: les dépenses sont réduites**



Commencer d'abord par rechercher les dépenses superflues au niveau des ressources humaines et des médicaments (et autres consommables), car ils représentent à eux seuls environ trois quarts des charges de fonctionnement du centre de santé.

L'optimisation des ressources ne signifie pas obligatoirement une réduction des charges. Il est possible, par exemple, de diminuer les effectifs globaux de personnel et d'augmenter la rémunération du personnel restant au moyen de primes incitatives.

⇒ **Objectif 3: l'utilisation des services augmente**

L'objectif doit être réaliste et tenir compte de la situation locale de l'offre de soins (concurrence), de la répartition de la population de l'aire de responsabilité, et du taux d'utilisation théorique maximum du centre compte tenu de son personnel. Si l'objectif ne peut être atteint avec les moyens existants, il faut calculer les charges supplémentaires pour l'atteindre. On examine si le budget normatif établi sur ces hypothèses permet d'atteindre ou non l'équilibre financier.

⇒ **Objectif 4: de nouvelles sources de financement durables (autres que le financement propre) assurent l'équilibre financier du centre**

On tient compte ici d'une éventuelle augmentation de la contribution des financeurs existants, ou de l'apparition de nouveaux financeurs tels que les collectivités territoriales (p. ex. commune) ou des associations (p. ex. association de migrants). Là encore, le réalisme s'impose!

#### **4.3.5. EN CAS D'EXCEDENT**

La constatation d'un excédent conduit à la question suivante: cet excédent est-il obtenu grâce à des financements internes ou externes?

Il faut se référer aux capacités de financement propre et interne (cf. tableau page 55). L'aide extérieure dure rarement plus de quelques années, sauf exception (p. ex. association de migrants issus du village). Compte tenu de la fragilité des finances publiques (état et collectivités locales), il faut aussi s'interroger sur la continuité des financements internes à moyen terme.

Si une ou plusieurs sources de financement ne sont pas pérennes, il faut établir un budget actualisé pour étudier l'impact de l'arrêt de ces financements. Si le centre de santé devient déficitaire dans ces conditions, se reporter au paragraphe précédent.

S'il est raisonnable de penser que les excédents du financement propre vont durer, ils peuvent être utilisés pour:

- ↳ la constitution ou l'augmentation d'un fonds de roulement,
- ↳ la constitution d'une provision pour compenser l'inflation,
- ↳ la constitution d'une provision pour amortissements,
- ↳ l'investissement dans l'amélioration de la qualité: nouvel équipement, infrastructure, formation complémentaire,
- ↳ la baisse sélective ou globale des tarifs,
- ↳ la création d'un fonds d'intervention pour des situations sociales ou sanitaires difficiles,
- ↳ l'intéressement du personnel.

Dans la mesure où les données ne portent que sur un centre de santé, il n'est pas possible d'en tirer des conclusions pour l'ensemble du système. Dans un même district, certains centres peuvent être excédentaires et d'autres déficitaires.

**Note:** la supervision est une composante majeure du district de santé pour maintenir une qualité

des soins satisfaisante et les missions de santé publique assignées au centre de santé. Elle est souvent associée à un contrôle du financement propre, et donc elle joue un rôle clé pour le contrôle du système. Or, les charges de supervision mentionnées dans le tableau ne portent que sur celles supportées par le centre de santé. Les charges réelles sont en général très supérieures à cette partie autofinancée par le centre de santé. Une partie de ces charges est souvent financée par l'aide extérieure. Tout cela pose la question de la pérennité du système mis en place.

#### **4.4. ETAPE 4: ANALYSE DU SCHEMA ET DES STRUCTURES DE GESTION**

---

L'analyse de la situation institutionnelle passe par 4 étapes:

##### **4.1. ANALYSE DU TABLEAU DES ROLES THEORIQUES**

Le tableau des rôles théoriques donne-t-il une définition précise de tous les rôles? S'il y a des non-réponses, faut-il quand même essayer de les obtenir? La réponse est positive s'il s'agit de rôles particulièrement importants qui touchent à la gestion et à son contrôle.

Les sources d'information sont également importantes: les rôles théoriques n'ont pas la même valeur s'ils sont écrits dans des textes nationaux (lois, décrets), dans des textes locaux (statuts, conventions), ou s'ils sont définis oralement.

##### **4.2. RESPECT DES ROLES**

- ⇒ Dans la réalité du centre de santé, y a-t-il respect des rôles théoriques?
- ⇒ Tous les rôles sont-ils effectivement assumés?
- ⇒ Certains rôles sont-ils joués par les "mauvais" acteurs (par exemple, le personnel soignant se substitue aux représentants de la population dans la prise de certaines décisions)?

Cette analyse des écarts entre tableau des rôles théorique et réel a été faite à l'encadré I1.

##### **4.3. FONCTIONNALITE DES STRUCTURES DE GESTION**

Cette fonctionnalité est établie si les 4 affirmations suivantes sont vraies:

- ⇒ L'instance gestionnaire s'est réunie à la périodicité fixée et a pris des décisions suivies d'effet (encadré I5).
- ⇒ Les outils de gestion sont utilisés, et les procédures de contrôle de gestion sont appliquées (encadré I3)
- ⇒ Les recettes des médicaments et des actes curatifs correspondent à ce qui est attendu (encadré I2).
- ⇒ Il n'y a pas eu de détournement d'argent, de consommables ou de matériel durant les dernières années, ou s'il y en a eu, il(s) a(ont) été remboursé(s) (encadré I3).

##### **4.4. INTERPRETATION**

A la suite des étapes précédentes, on est dans l'une des trois situations suivantes:

⇒ **Situation 1: la structure de gestion est fonctionnelle avec des acteurs qui remplissent effectivement leur rôle théorique.**

Cette situation n'appelle aucun changement.

⇒ **Situation 2: la structure de gestion est fonctionnelle, mais les acteurs ne font pas exactement ce qui est prévu dans le tableau des rôles théoriques.**

⇒ **Situation 3: la structure de gestion n'est pas fonctionnelle**

L'instance de gestion ne se réunit pas, ou ne met pas ses décisions en oeuvre, les outils de gestion sont inexistantes ou non utilisés, ou il y a eu au moins un détournement non résolu.

Dans les situations 2 et 3, trois séries de questions doivent être posées :

1. Les acteurs sont-ils **capables** de remplir leurs fonctions?

*Ont-ils un niveau de compétence initial suffisant?*

*Ont-ils bénéficié d'une formation adaptée?*

(cf. encadré I5, page 52)

2. Quelle est la **motivation** des acteurs?

*Autrement dit, les acteurs souhaitent-ils que le système de gestion soit fonctionnel?*

*Les acteurs locaux (personnel de santé et représentants de la population) sont-ils motivés (pas seulement financièrement) pour que le système atteigne ses objectifs?*

Pour répondre à cette question, l'analyse des motivations des acteurs locaux doit prendre en compte les différents facteurs de motivation (professionnelle, sociale, institutionnelle et financière) (cf. encadrés S5, page 36 ; et I5, page 46). Cette analyse permet d'identifier les mesures à prendre (financière ou autres) pour que les acteurs soient motivés dans la durée.

3. La **répartition des responsabilités**, des fonctions et des pouvoirs de décision est-elle adaptée?

*En d'autres termes, faut-il remettre en question le cadre institutionnel théorique?*

La précision des textes réglementaires est à examiner si on constate une répartition imprécise ou incomplète de certains pouvoirs de décision, ou des attributions qui sont un frein à la motivation des acteurs.

Les réponses données à ces questions orientent les priorités d'action:

- ↪ réviser ou préciser des textes réglementaires incomplets;
- ↪ doter le centre de santé de véritables statuts qui précisent les engagements exacts de chacun: responsabilités financières des différents bailleurs de fonds, responsabilités des différents acteurs (association, comités de gestion, personnels de santé, tutelle) dans la gestion du centre;
- ↪ mettre en place des outils de gestion et de contrôle de gestion;
- ↪ former ou apporter une prestation d'appui-conseil aux acteurs locaux (supervision dans le domaine de la gestion);
- ↪ mettre en place des mécanismes de renforcement de la motivation des acteurs: mesures financières (primes récompensant une bonne gestion) ou non financières (reconnaissance morale ou récompenses symboliques).

L'amélioration de la gestion passe obligatoirement par un travail sur la motivation des acteurs, car un contrôle de gestion non accepté a un effet négatif par la démotivation qu'il cause. Or c'est un effet d'entraînement qui est recherché: une meilleure gestion améliore l'équilibre financier (recettes et dépenses contrôlées), et une meilleure qualité des soins, donc un meilleur pouvoir d'attraction et une hausse des taux d'utilisation.

#### ***4.5. ETAPE 5: CONCLUSION DE L'EVALUATION***

---

En fin d'évaluation, les différentes situations mises en évidence au cours de l'analyse doivent être regroupées et mises en cohérence. Il est possible de formuler un diagnostic global sur la viabilité du centre du point de vue fonctionnel, économique, et institutionnel.

Les mesures identifiées pour le fonctionnement du centre, pour son financement et pour sa gestion doivent être revues de façon à établir des priorités en fonction de leur impact attendu. Les limites de l'évaluation doivent être précisées à ce stade.

## BIBLIOGRAPHIE

1. AFVP (collectif):  
**Guide des paramètres d'autonomie des groupes**  
AFVP Ouagadougou, juillet 1995, 14 p.
2. BARLOW R., DIOP F.:  
**Increasing the Utilization of Cost-Effective Health Services Through Changes in Demand**  
Health Policy and Planning, 1995, 284-95.
3. BILJAMKERS L., CHIHANGA S.:  
**District Health Systems in Zimbabwe: cost, ressource adequacy, efficiency, and the core service package. A comparison of three districts**  
UNICEF, Bamako Initiative Technical Report Series, n° 36, 1996, 75 p.
4. BROOMBERG J., REES H.:  
**What Does Primary Health Care Cost And Can We Afford To Find Out?**  
SAMJ, 1993, 83, 275-82.
5. BRUDON-JAKOBOVICZ P., RAINHORN J.D., REICH M.:  
**Indicateurs pour le suivi des politiques pharmaceutiques nationales**  
Organisation Mondiale de la Santé, Genève, 1996, 226 p.
6. CARRIN G., EVLO K.:  
**Une méthodologie pour le calcul des coûts des soins de santé et leur recouvrement, Guinée**  
Document technique, Organisation Mondiale de la Santé, Macroéconomie et Santé, N°2, 1992, 92p.
7. CHASTANIER P., SOULAMA S.:  
**Contribution à la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako**  
Pharmaciens Sans Frontières, 1995, 50p.
8. CIDR/GTZ.:  
**Enquête de préféabilité de mutuelles de santé**  
CIDR/GTZ. 1994.
9. COULIBALY S.O., KEITA M.:  
**Economie de la santé au Mali**  
Cahiers santé, 1996, 6, 353-9.
10. CREESE A., PARKER D.:  
**Analyse des coûts des programmes de soins de santé primaires,**  
Manuel de formation (version provisoire), et Exercices du manuel de formation (version provisoire)  
Centre International de l'Enfance, 118p.
11. CRIEL B.:  
**Le financement communautaire: c'est plus qu'une affaire de sous!**  
Développement et Santé. 1995, 119, 20-24.
12. CRIEL B., VAN BALEN H.:  
**Paying for the Kasongo Hospital in Zaire: A Conceptual Framework**  
Health Policy and Planning, Oxford University Press, 1993, p.61-p.71.
13. DUMOULIN J., KADDAR M., VELASQUEZ G.:  
**Accès aux médicaments et financement: analyse économique et financière de base**  
OMS, 1991, 100 p.

14. FLORI Y.-A., SOULEY H., OUMAROU M.:  
**Recours aux soins et dépenses de santé des ménages dans la province de Maradi, Niger**  
 Initiative de Bamako - rapport technique, n° 26, 1994, 59 p.
15. FLORI Y.A., KADDAR M.:  
**Economie des systèmes de santé des pays en développement: quelle contribution des travaux publiés en français?**  
 Cahiers santé, 1996, 6, 360-5.
16. FONTAINE D.:  
**Evaluer les actions de santé dans le Tiers-Monde**  
 L'enfant en milieu tropical, 1992, 198, 65p.
17. GALLAND B.:  
**Guide pratique d'enquête sur les dépenses de soins**  
 CIDR, GTZ, 16 p. + annexes
18. GALLAND B.:  
**Les Services de Santé et la Population: relations économiques, financières et institutionnelles**  
 Manuel de réflexion (document provisoire). CIDR, GTZ, 1994, 130 p.
19. GOEMAERE E., SCHMETS G.:  
**Financement des services de santé: document technique**  
 Médecins Sans Frontières - AEDES, 1990, 90p.
20. GÖRGEN H.:  
**Niveaux d'accessibilité: est-il possible de les évaluer?**  
 In: ReMeD (ed.), 45èmes Journées Pharmaceutiques Internationales de Paris; La dévaluation et les médicaments en Afrique: accessibilité et qualité. ReMeD, 1994, p. 25-41.
21. HADDAD S., FOURNIER P.:  
**Quality, cost and utilization of health services in developing countries. A longitudinal study in Zaïre**  
 Soc. Sci. Med., 1995, 40, 6, 743-53.
22. HADDAD S., FOURNIER P., POTVIN L.:  
**Participation communautaire, mobilisation sociale et soins de santé primaires en République de Guinée. Projet 1: mesure de la qualité des services de santé; perspectives de la communauté**  
 GRIS, Université de Montréal, janvier 1995, 94 p. + annexes
23. HANSON K., GILSON L.:  
**Cost, Resource Use and Financing Methodology for Basic Health Services - A Practical Manual.**  
 UNICEF, Bamako Initiative Management Unit, 1993, 122p.
24. HANSON K., Mc PAKE B.:  
**The Bamako Initiative: where is it going**  
 Health Policy and Planning. 1993, 8, 3, 267-74.
25. KIELMANN A.A., JANOVSKY K., ANNETT H.:  
**Evaluation des besoins, services et systèmes de santé - Questionnaires pour une collecte et une analyse rapide des données**  
 GTZ, African medical and research foundation, 178p.
26. KIELMANN A.A., JANOVSKY K., ANNETT H.:  
**Assessing district health needs, services and systems - protocols for rapid data collection and analysis**  
 AMREF - MacMillan, 1991, 172 p.

27.KUTZIN J.:

**Un Cadre pour l'Évaluation des Réformes de Financement de la Santé**

Organisation Mondiale de la Santé, Division du Renforcement des Services de Santé, 1995, 25p.

28.LITVACK J.I., BODART C.:

**User fees plus quality equals improved access to health care. Results of a field experiment in Cameroon**

Soc. Sci. Med. 1993, 37, 3, 369-83.

29.Mc MAHON R., BARTON E., PIOT M.:

**Si vous êtes chargé de... Guide de gestion à l'usage des responsables des soins de santé primaires au niveau intermédiaire**

OMS, Genève, 1993, 488 p.

30.Mc PAKE B., HANSON K., MILLS A.:

**Experience to Date of Implementing the Bamako Initiative: A Review and Five Countries Case-Studies**

United Nations, Economic and Social Council, 1992, 22 p.

31.Mc PAKE B., HANSON K., MILLS A.:

**A community financing of health care in Africa : an evaluation of the Bamako Initiative.**

Soc. Sci. Med. 1993, 36, 11, 1383-95.

32.MEVEL A., LE GOFF D., CHERINGOU H.:

**Enquête d'évaluation de l'impact de l'introduction du paiement des actes et des médicaments sur l'utilisation des centres de santé, le coût d'un épisode de maladie et la mortalité infantile dans la province du Nord au Cameroun**

Projet Garoua, 35 p.

33.NICOLAY A.:

**Etude économique du district sanitaire de Bogo - Maroua - Cameroun**

Medicus Mundi Belgium, AGCD, 1993, 38p.

34.NICOLAY A.:

**Rapport de mission en économie de la santé - Maroua - Cameroun**

Medicus Mundi Belgium, AGCD, 1994, 34p.

35.NOLAN B., TURBAT V.:

**Cost Recovery in Public Health Services in Sub-Saharan Africa**

EDI Technical Materials, The World Bank, Wahington, 1995, 105 p.

36.OMS/DAP (collectif):

**Comment estimer les besoins en médicaments - manuel pratique**

OMS/DAP, 1989, non paginé.

37.ReMeD (collectif):

**Contribution à l'étude du recouvrement des coûts des médicaments dans le cadre d'une politique de santé dans les pays en développement**

ReMeD, 1992, 95p.

38.STRYCHMAN B.:

**Comparative analysis of cost, ressource use and financing of district health services in sub-saharian Africa and Asia**

UNICEF, Bamako Initiative Technical Report Series, n° 37, 1996, 80 p.

39.UNGER J.P, CRIEL B.:

**Principles of Health Infrastructures Planning in Less Developed Countries**

International Journal of Health Planning and Management, 1995, 10, 113-28.

40. UNICEF:  
**L'initiative de Bamako : reconstruire les systèmes de santé**  
Unicef, 1995, 19 p.
41. UNICEF/ BIMU:  
**Cost, Resource Use and Financing of District Health Services : A Study of Otjiwarongo District, Namibia**  
Bamako Initiative Technical Report Series, N°22, 39p.
42. UNICEF/ BIMU:  
**Cost, Resource Use and Financing of District Health Services: A Study of Rakai District, Uganda**  
Bamako Initiative Technical Report Series, N° 30, 1995, 37 p.
43. VAN BALEN H., MERCENIER P.:  
**Financement de service de santé contribuant aux soins de santé primaires**  
URES, Institut de Médecine Tropicale, Working Paper N°29, 1991, 15 p.
44. VAN LERBERGHE W., TELLIER V., VAN DORMAEL M.:  
**Quality of Health Care Provision Africa through the Bamako Initiative : Problems and Strategies**  
UNICEF, Bamako Initiative Technical Reports Series, N°19, 29p.
45. VOGEL R.J.:  
**Health care cost-recovery simulations from parametric estimates : methodology and results for Ogun State, Nigeria**  
International Journal of Health Planning and Management. 1994, 9, 183-98.
46. WOUTERS A.:  
**Essentials National Health Research in Developing Countries: Health, Care, Financing and the Quality of Care**  
International Journal of Health Planning and Management. 1991, 6, 253-71.
47. WYSS K.:  
**Utilisation des services de santé en milieu urbain à N'Djamena (Tchad): étude des déterminants et de leurs interactions**  
BSBS, 1994, 243 p.