

EVALUER LA VIABILITE DES CENTRES DE SANTE

Fascicule n° 2

LE LIVRET DE L'ENQUETEUR

Bruno GALLAND *
Denis FONTAINE **
Katia RASIDY **

* *Centre International de Développement et de Recherche*
CIDR - B.P. 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-Yéno (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

1. LE RECUEIL DES DONNEES: MODE D'EMPLOI	4
1.1. RECOLTE DES INFORMATIONS AU NIVEAU DE LA REGION ET DU DISTRICT	5
1.2. RECOLTE DES INFORMATIONS AU NIVEAU DU CENTRE DE SANTE	6
TABLEAU RECAPITULATIF DU RECUEIL DES DONNES	9
2. ETABLISSEMENT DES TABLEAUX DE BASE	10
2.1. TABLEAU 1: DEMOGRAPHIE	10
2.2. TABLEAU 2: ACTIVITES	13
2.3. TABLEAU 3: PERSONNEL	16
2.4. TABLEAU 4: RECETTES TARIFAIRES	23
2.5. TABLEAU 5: COUTS	26
2.6. TABLEAU 6: TABLEAU DES ROLES	43
3. INDICATEURS ET DETERMINANTS DU FINANCEMENT ET DE LA GESTION DES SERVICES DE SANTE	52
3.1. LES DETERMINANTS LIES AU FONCTIONNEMENT DES SERVICES DE SANTE	52
3.2. INDICATEURS ET DETERMINANTS ECONOMIQUES	60
3.3. INDICATEURS ET DETERMINANTS INSTITUTIONNELS	63
ANNEXE: SONDAGE "PRESCRIPTIONS"	68

1. LE RECUEIL DES DONNEES: MODE D'EMPLOI

Ce livret est destiné au **recueil de données sur le terrain**. Il regroupe:

⇒ Les **tableaux** (numérotés 1 à 6) pour le recueil des données de base.

⇒ Les **encadrés** pour le calcul des indicateurs et le recueil des données complémentaires pour les déterminants des trois dimensions:

- ↗ **soins** (encadrés S1 à S11);
- ↗ **économique** (encadrés E1 à E7);
- ↗ **institutionnelle** (encadrés I1 à I7).

⇒ La méthode de "**sondage prescriptions**" sur 200 consultants - nouveaux cas (en annexe).

Les explications concernant les tableaux, les indicateurs et les déterminants sont limitées aux données essentielles pour le remplissage. Pour les objectifs et l'interprétation, reportez-vous au fascicule 1 (Guide méthodologique).

Les tableaux et encadrés sont présentés dans le même ordre avec la même numérotation que dans le 1er fascicule.

Rappelons que le recueil de données sur le terrain est précédé d'une **phase préalable d'organisation de l'enquête**:

- ↗ préparation du projet d'étude,
- ↗ obtention des moyens matériels et financiers,
- ↗ étude du protocole avec les enquêteurs,
- ↗ obtention des autorisations,
- ↗ information avant l'enquête des personnes concernées
- ↗ prise des rendez-vous.

Le recueil des données est suivi:

- ↗ d'une **phase finale d'interprétation** des résultats,
- ↗ de **rédaction du rapport**,
- ↗ et de **rétro-information** auprès des intéressés.

Dans la mesure du possible, il est souhaitable que les données soient, sinon exploitées, du moins révisées et validées localement avec les personnes concernées. Ceci permet de plus les impliquer dans la démarche, et de vérifier que toutes les données ont bien été collectées. Si des lacunes apparaissent, il est alors possible de rechercher immédiatement l'information: il n'est pas toujours facile de revenir une seconde fois dans le centre de santé pour le faire.

Il est recommandé de commencer la recherche des informations auprès des autorités sanitaires régionales et de district, et de continuer au niveau du centre de santé.

Les données à recueillir dans le centre de santé se regroupent en trois grandes catégories:

1. Les informations nécessaires au remplissage des 6 tableaux de base et des encadrés, obtenues par observation ou par étude des registres et des outils de gestion du centre.
2. Le sondage auprès de 200 personnes pour "l'enquête prescriptions".
3. Les entretiens auprès du personnel de santé et du comité de gestion, nécessaires pour l'évaluation de la dimension "fonctionnement des services" et de la dimension institutionnelle.

1.1. RECOLTE DES INFORMATIONS AU NIVEAU DE LA REGION ET DU DISTRICT

- ⇒ Les responsables sanitaires **régionaux** ou de **district**, ou éventuellement au niveau **national**, peuvent fournir des informations sur :
- ⇒ Le recensement de la population, et les indicateurs démographiques et économiques généraux (tableau 1).
- ⇒ La masse salariale du personnel du secteur public employé dans le centre de santé (nombre et traitement), les types de diplômes existants dans le pays (tableau intermédiaire du personnel et tableaux 3 et 5).
- ⇒ La tarification des actes et des médicaments (tableau 4).
- ⇒ La valeur des équipements et des bâtiments pour le calcul des amortissements (tableau 5).
- ⇒ La quantité de vaccins distribuée au centre de santé et leur valeur d'achat (tableau 5).
- ⇒ La quantité de médicaments et consommables fournis par le dépôt de district et leur prix facturé, ou les dons répartis (tableau 5).
- ⇒ Les coûts de fonctionnement externes au centre de santé: par exemple, quote-part payée par le centre de santé pour les supervisions, ou des formations, ou une caisse de district, etc. (tableau 5).
- ⇒ Les textes législatifs et réglementaires définissant les conditions de fonctionnement des centres de santé (tableau 6.1, encadrés I6 et I7).
- ⇒ Leurs tâches actuelles dans le fonctionnement du centre (tableau 6.2, encadrés S9 et I6).
- ⇒ La liste nationale des médicaments recommandés pour les centres (encadré S2), et les normes d'équipement en matière de bâtiment et de matériels (encadrés S3 et S4).

- ⇒ La politique sanitaire du pays, la décentralisation, le rôle de l'état et de la "société civile" (encadré S11), la capacité contributive des ménages, la concurrence avec d'autres offres de soins et leurs prix (encadrés E4 et E7).
- ⇒ L'existence de détournements dans le centre de santé au cours des dernières années (encadré I3).
- ⇒ L'organisation des services: "paquet minimum d'activités", carte sanitaire, arbres de décision diagnostic et traitement, référence vers l'hôpital, rapports d'activités, programmations annuelles ou trimestrielles (encadré S9), les outils de gestion et procédures utilisés dans les centres de santé (encadré I2).

Note: les rapports mensuels des centres de santé, et les éventuels "monitorages" effectués par le niveau régional ou district, contiennent déjà un certain nombre d'indicateurs de synthèse concernant les centres de santé (bassin démographique, taux d'utilisation des services, recettes et dépenses, etc.).

1.2. RECOLTE DES INFORMATIONS AU NIVEAU DU CENTRE DE SANTE

Ce travail peut être réparti entre 2 personnes. Cette récolte d'informations s'effectue en 3 étapes: remplissage des tableaux et encadrés, enquête "prescription", et entretiens.

1.2.1. ETAPE 1: REMPLISSAGE DES TABLEAUX DE BASE ET DES ENCADRES

Ces tableaux et encadrés sont remplis avec l'aide du **chef de centre**, qui fournit les outils de gestion disponibles (registres, rapports mensuels...) et fait visiter le centre (bâtiments, équipements, activités, pharmacie, etc.). Cette étape permet déjà de poser de nombreuses questions au chef de centre, et de lui montrer comment se fait l'évaluation.

La présence du **gérant de la pharmacie** est requise pour avoir accès au stock de médicaments et aux outils de gestion des médicaments. Si le gérant ne dispose que d'une partie du stock des médicaments, il faut la présence de la (ou des) personne(s) autorisée(s) pour avoir accès à la réserve principale des médicaments. La présence du **président** ou du **trésorier** de l'instance gestionnaire est nécessaire pour remplir les tableaux 3, 4, et 5, sur la base des outils de gestion financière.

Par ailleurs, un **temps d'observation** du centre en fonctionnement courant est nécessaire pour apprécier l'organisation des activités, le nombre des patients fréquentant le centre, et obtenir quelques indications sur l'accueil des patients en consultation curative (encadrés S8 et S9).

Les tableaux 1 à 5 et les encadrés suivants sont remplis au cours de cette étape:

- ↗ S2 : adéquation des médicaments
- ↗ S3 : adéquation des bâtiments
- ↗ S4 : adéquation des équipements
- ↗ S5 : nombre et qualification du personnel
- ↗ S8 : accueil des patients

- ↔ S9 : organisation des services
- ↔ E4 : prix des prestations
- ↔ E5 : contrôle des recettes
- ↔ I2 : utilisation des outils et procédures e gestion
- ↔ I6 : convention et services d'appui - conseil

1.2.2. ETAPE 2: LE SONDAGE "PRESCRIPTIONS"

Cette enquête s'effectue à partir d'un sondage aléatoire dans le registre de consultations curatives et le cahier des recettes du gérant.

Ce sondage a plusieurs objectifs:

- ⇒ Déterminer l'utilisation des consultations curatives en fonction de la distance de résidence (≤ 1 km, et]1-5] km), si cette information n'est pas disponible autre part. Cette information ne peut être obtenue que si le village de résidence des consultants nouveaux cas figure dans le registre de consultation.
- ⇒ Analyser les prescriptions: nombre de médicaments prescrits, fréquence de prescription d'antibiotiques ou d'injectables.
- ⇒ Déterminer le coût médian de la consultation curative (consultation + traitement).

La méthode de sondage et la fiche de recueil de données sont décrites en annexe du fascicule.

Ce sondage permet de remplir le tableau 2 (utilisation des services curatifs dans les deux zones d'attraction), et les encadrés S10 (qualité des soins) et E4 (prix des prestations).

1.2.3. ETAPE 3: LES ENTRETIENS

Il est important de faire les entretiens en fin d'évaluation, alors qu'on dispose déjà de nombreuses informations sur le centre de santé.

Ces entretiens peuvent se faire en individuel, ou en groupe. Les entretiens individuels sont plus fiables, plus faciles à maîtriser, mais demandent du temps (répétitions) et peuvent être difficiles à synthétiser. Pour gagner du temps, et bénéficier des interactions entre les acteurs, il est préférable de faire **2 entretiens de groupe**: le premier avec **le personnel du centre de santé**, et le second avec **l'instance gestionnaire du centre**, laquelle inclut le chef du centre.

Avant de commencer à poser des questions, il est important de créer un climat de confiance dans le groupe. En effet, face à un étranger ou une personne considérée comme "un chef", le personnel du centre ou de l'instance de gestion hésite à dire ce qui ne va pas bien ou ce qui pose problème. Il aura plutôt tendance à se comporter comme si tout se passait conformément aux procédures qu'il connaît.

L'évaluateur doit donc commencer par expliquer en termes simples quel est l'objectif de sa venue: il est là pour comprendre comment fonctionne réellement le centre de santé. Il n'est pas là pour prendre des sanctions contre les personnes. Il explique aussi que les membres du groupe ont des responsabilités dans le centre de santé, et que la réunion peut les aider eux aussi à mieux comprendre comment fonctionne le centre. Il invite tous les participants à s'exprimer, chacun pouvant avoir son point de vue sur les questions, même

s'il est différent des autres. Enfin, il demande aux participants de partir du fonctionnement réel du centre, et non ce qui devrait se faire.

Durant la réunion, l'évaluateur aborde successivement toutes les questions. Il veille à ce que chacun comprenne bien (éventuellement en reformulant les questions) et s'exprime. Il s'assure d'avoir bien compris en reformulant lui-même les réponses après discussion. L'usage de la langue locale est préférable si tous ne comprennent pas la langue officielle. Il faut alors garder du temps pour la traduction au fur et à mesure.

Il faut noter que les questions posées ne sont pas exhaustives. Il revient à l'évaluateur de poser les questions pour approfondir tel ou tel aspect comme les aspirations des comités de gestion et du personnel de santé ou les revendications qui peuvent apparaître en cours de réunion.

Enfin, notamment pour le tableau des rôles actuels (tableau 6.2), il ne faut pas remplir à tout prix chaque ligne: s'il n'y a pas de réponse à une question particulière, il faut la laisser en blanc, après s'être assuré que la question a bien été comprise. L'évaluateur ne doit bien sûr pas répondre à la place de ses interlocuteurs!

Enfin, il faut souligner que le fait de rester plus d'une journée au centre de santé permet de rencontrer les acteurs du centre dans des situations informelles (repas, soirées). Durant des moments d'échanges, des informations importantes sur le fonctionnement du centre et son contexte peuvent venir au jour plus facilement que dans un contexte de travail.

Les entretiens permettent de remplir le tableau 6.2 (tableau des rôles réels) et les listes de questions des encadrés:

- ↻ S6 : motivation du personnel
- ↻ S7 : permanence des services
- ↻ S9 : organisation des services
- ↻ S11 : déterminants inaccessibles du fonctionnement des services
- ↻ E4: prix des prestations
- ↻ E7 : déterminants économiques inaccessibles
- ↻ I2 : utilisation des outils et procédures de gestion
- ↻ I3 : efficacité du contrôle interne
- ↻ I5 : capacité du comité de gestion
- ↻ I6 : convention et services d'appui - conseil
- ↻ I7 : déterminants institutionnels inaccessibles

TABLEAU RECAPITULATIF DU RECUEIL DES DONNEES

OUTILS A REMPLIR	SOURCES DES DONNEES				
TABLEAUX DE BASE	Région / district	Centre de santé	Enquête prescription	Entretiens	Autres tableaux *
Tableau 1- Démographie	X	X			
Tableau 2- Activités		X	X		Tableau 1
Tableau intermédiaire personnel	X	X			
Tableau 3- Personnel					Tab. Int. Pers.
Tableau 4- Recettes tarifaires	X	X			
Tableau 5- Coûts	X	X			Tab. Int. Pers. Tableau 4
Tableau 6.1- Rôles théoriques	X				
Tableau 6.2- Rôles actuels	X	X		X	
ENCADRES					
S1- Bassin démographique					Tableau 1
S2- Adéquation médicaments	X	X			
S3- Adéquation bâtiments	X	X			
S4- Adéquation équipements	X	X			
S5- Nombre et qualif. personnel		X			T1 T2 T3
S6- Motivation personnel	X			X	Tableau 5
S7- Permanence services				X	
S8- Accueil des patients		X			
S9- Organisation services	X	X		X	Tableau 2
S10- Qualité des soins			X		Tableau 2
S11- Déterminants indirects	X			X	
E1- Capacité de financement propre					Tableau 5
E2- Capacité de financement interne					Tableau 5
E3- CFP optionnelles					Tableau 5
E4- Prix des prestations	X	X	X	X	T2 T4 T1
E5- Recouvrement des recettes		X			Tableau 4
E6- Utilisation des ressources					T5 S2 S3 S4
E7- Déterminants indirects	X			X	
I1- Respect des fonctions					T6.1 T6.2
I2- Utilisation outils gestion	X	X		X	
I3- Efficacité contrôle interne	X			X	E5 E6
I4- Organigramme des relations					T6.1 T6.2
I5- Capacité du comité gestion				X	
I6- Convention et appui-conseil	X	X		X	
I7- Déterminants indirects	X			X	T6.1 S11

* Ces tableaux et encadrés sont source d'information pour remplir le tableau ou l'encadré considéré

2. ETABLISSEMENT DES "TABLEAUX DE BASE"

2.1. TABLEAU 1: DEMOGRAPHIE

2.1.2. INFORMATIONS NECESSAIRES

⇒ Indicateurs démographiques et économiques de la zone (ou du pays à défaut):

- ↗ taux de natalité
- ↗ taux de mortalité,
- ↗ taux de mortalité infantile,
- ↗ salaire minimum,
- ↗ produit intérieur brut par habitant.

Ces données sont disponibles au niveau national, régional, ou district.

⇒ Nom et localisation du centre de santé.

⇒ Année considérée.

⇒ Population de l'**aire de responsabilité** pour l'année considérée (cf. ci-dessous pour actualiser un recensement).

⇒ Population (pour l'année considérée) située dans deux cercles concentriques autour du centre de santé et des éventuels centres satellites: ≤ 1 km, et entre 1 et 5 km du centre de santé.

⇒ Nombre de personnes estimées des 3 groupes-cibles suivants : femmes de 15 à 45 ans, femmes enceintes, enfants de 0 à 1 an.

2.1.2. METHODE DE CALCUL

Si les données de population actualisées ne sont pas disponibles au niveau de centre de santé ou de l'équipe-cadre de district, elles sont à calculer à partir de:

- ↗ recensement de la population par village, et sa date.
- ↗ carte sanitaire avec les distances de chaque village au centre de santé.
- ↗ taux brut de natalité (local ou à défaut national)
- ↗ taux brut de mortalité (local ou à défaut national)
- ↗ taux de mortalité infantile (TMI) (local ou à défaut national)
- ↗ % de femmes de 15 à 45 ans dans la population (local ou à défaut national)

Note: dans les calculs ci-dessous, les taux doivent être indiqués en nombre décimal.

Exemple: 3,6% (ou 36 pour mille) = 0,036.

⇒ **Population totale:** pour actualiser un recensement, il faut connaître le **taux d'accroissement de la population**.

Ce taux d'accroissement résulte de 2 phénomènes: l'accroissement naturel (par le solde des naissances et décès), et les migrations. Si le taux d'accroissement total n'est pas connu par le dernier recensement, utiliser le taux d'accroissement naturel de la population (TANP).

TANP = taux brut de natalité - taux brut de mortalité

P_o = population au recensement

P_n = population n années après le recensement

$P_n = P_o (1 + \text{TANP})^n$

⇒ **Nombre de femmes [15-45[ans** = population totale x % des femmes [15-45[ans

⇒ **Nombre de femmes enceintes** ≈ naissances annuelles = population totale x taux brut natalité

⇒ **Nombre d'enfants [0-1[an** = nombre de naissances annuelles x (1 - [TMI/2])
(TMI = taux de mortalité infantile)

Calculer les populations cibles pour la ligne "population de l'aire de responsabilité" puis pour chaque ligne selon la distance (zones d'attraction).

2.1.3. CAS PARTICULIERS

1. **En milieu urbain:** ne pas tenir compte des données géographiques (≤ 1 km, et]1-5] km) si elles ne sont pas disponibles. En effet, la présence d'un grand nombre de personnes à proximité du centre de santé, et des circuits de déplacement (entre lieu de résidence et lieu de travail) font qu'il est difficile de définir une zone d'attraction sur le seul critère de la distance.

Mettre les nombres entre parenthèses pour montrer que c'est une estimation.

2. **Absence de carte sanitaire, aire de responsabilité non définie:** ne remplir que les données démographiques pour la zone d'attraction (≤ 1 km, et]1-5] km).

3. **Existence de centres de santé satellites (avec du personnel permanent):** intégrer leur population dans la zone d'attraction selon les mêmes critères de distance.

4. **Le SNIS (Système national d'information sanitaire) recueille les données démographiques sur d'autres bases que la limite des 5 km (p. ex. 10 km):** garder les informations telles quelles, et le mentionner sur le tableau.

TABLEAU 1: DEMOGRAPHIE (EXEMPLE DE TABLEAU REMPLI)

République Fédérale Islamique des Comores

INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES GENERAUX		Source des données:
Taux brut de natalité (p. 1000)	43	Recensement 91
Taux brut de mortalité (p. 1000)	15	Recensement 91
Taux de mortalité infantile (p. 1000)	116	Recensement 91
INDICATEURS ECONOMIQUES GENERAUX		
Salaire minimum local	20 000 F.C./mois	Direction régionale de la santé (1 FF = 75 F.C.)
Produit intérieur brut / habitant		

Service de santé de:	WANANI (Comores)	Année: 1996
-----------------------------	-------------------------	--------------------

	Population totale année: 1996	dont groupes-cibles:		
		femmes [15-45[ans	femmes enceintes	enfants [0-1[an
Population aire de responsabilité	4999	1100	215	200
Population habitant à moins de 1 km	1759	387	76	70
Population .habitant de 1 à 5 km	1815	399	78	73

Source des données: Recensement 91 actualisé (accroissement annuel de 36 p. mille d'après le recensement)

TABLEAU 1 : DEMOGRAPHIE

INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES GENERAUX		Source des données:
Taux brut de natalité		
Taux brut de mortalité		
Taux de mortalité infantile		
INDICATEURS ECONOMIQUES GENERAUX		
Salaire minimum local		
Produit intérieur brut / habitant		

Service de santé de:	Année:
-----------------------------	---------------

	Population totale année :	dont groupes-cibles :		
		femmes [15-45[ans	femmes enceintes	enfants [0-1[an
Population aire de responsabilité				
Population habitant à moins de 1 km				
Population habitant de 1 à 5 km				

Source des données:

2.2. TABLEAU 2: ACTIVITES

2.2.1. INFORMATIONS NECESSAIRES

On distingue les "**nouveaux cas**" et les "**anciens cas**":

- ↗ pour la consultation curative, un "nouveau cas" est un nouvel épisode de maladie,
- ↗ 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".

Dans les différents systèmes d'information sanitaires, cette distinction entre anciens et nouveaux cas prend souvent des appellations diverses.

Les informations sur le **nombre total d'actes** sont compilées dans les rapports mensuels du centre de santé (système d'information sanitaire). Si les rapports sont incomplets ou peu fiables, il faut prendre les informations directement dans les registres de consultations curatives, consultations prénatales, accouchement, etc. (attention, **la nomenclature des actes doit correspondre à la tarification** - cf. tableau 4):

- ↗ consultations curatives (nouveaux cas et anciens cas),
- ↗ soins infirmiers (injections, pansements...),
- ↗ petite chirurgie (suture...),
- ↗ actes de laboratoire,
- ↗ lits d'observation : nombre de personnes mises en observation au centre de santé,
- ↗ décisions de référence (pour hospitalisation ou avis médical),
- ↗ consultations prénatales (nouveaux cas et anciens cas),
- ↗ accouchements assistés (= accouchements faits au centre de santé, qu'ils soient normaux ou dystociques),
- ↗ vaccinations femmes (toutes vaccinations antitétaniques),
- ↗ vaccination enfants (DTC1 et DTC3 chez les moins d'un an, et tous antigènes à tous âges),
- ↗ consultations postnatales,
- ↗ consultations de planning familial,
- ↗ séances d'information - éducation - communication.

Deux colonnes ont été faites, pour les "adhérents" et les "non adhérents" (personnes ayant cotisé ou non à un système de prépaiement ou d'adhésion à une association). S'il n'y a pas de système d'adhésion, ne remplir que la colonne "total".

Si, pour les consultations curatives, les consultations adulte et enfant sont à des tarifs différents, elles doivent être comptées séparément. Cela permettra l'évaluation du recouvrement des recettes. Utiliser les lignes blanches pour différencier des tarifs.

Le nombre de nouveaux cas en consultations curatives pour la population de la zone d'attraction (population à ≤ 1 km, et]1-5] km en zone rurale est rarement disponibles directement. Il faut alors l'obtenir dans le cadre du "sondage prescriptions" sur 200 patients (cf. méthode en annexe). La population de l'aire de responsabilité et celle de la zone d'attraction sont à reprendre au tableau 1.

2.2.2. CAS PARTICULIERS

1. **Enregistrement des consultations curatives non ventilées par distance:** le lieu de résidence des patients est-il indiqué ? Si ce n'est pas le cas, il n'est pas possible de répondre à la question. Si oui, il faut inclure la mesure de la distance dans le "sondage prescriptions" dans le livre de consultations (Cf. Annexe). Il faut au préalable établir 2 listes de villages: ceux situés à moins de 1 km du centre de santé, et ceux situés de 1 à 5 km du centre de santé.
2. **En milieu urbain:** prendre la population à moins d'un kilomètre comme dénominateur, si elle est connue. Sinon, on ne peut pas calculer de taux d'utilisation.
3. **Si l'évaluation se fait sur une période inférieure à 1 an:** la population cible doit être corrigée selon le nombre de mois pris en compte.
Exemple: la population cible du tableau 1 (démographie) est de 7500 personnes pour la consultation curative. L'évaluation ne porte que sur 8 mois (au lieu de 12). La population cible est donc ramenée à $7500 * 8/12 = 5000$ dans le tableau 2 (activités).
4. **Une ligne du tableau correspond à plusieurs tarifs:** utiliser les lignes blanches pour éclater la ligne en autant d'unités qu'il y a de tarifs, comme par exemple, la consultation curative, les examens de laboratoire.
5. **D'autres activités existent:** utiliser les lignes blanches pour les ajouter.

2.2.3. METHODE DE CALCUL

⇒ **Taux d'utilisation des services:**

$$= \frac{\text{nombre de nouveaux cas pour la population de l'aire de responsabilité}}{\text{population de l'aire de responsabilité}}$$

La **population cible** à utiliser dépend du service:

- ↗ pour les consultations curatives: **population totale**,
- ↗ pour les consultations prénatales et les accouchements: **nombre de naissances**,
- ↗ pour VAT1: **nombre de naissances** ou **nombre de femmes [15-45[ans**, selon la politique nationale,
- ↗ pour DTC1: **nombre d'enfants [0-1[an**.

⇒ **Taux d'utilisation en consultation curative se rapportant à la zone d'attraction**

(dernière colonne de droite):

$$= \frac{\text{nombre de nouveaux cas pour la population de la zone d'attraction*}}{\text{population de la zone d'attraction*}}$$

* population zone d'attraction = population à moins d'1 km ou population]1-5]km, selon la ligne du tableau.

Ne pas oublier d'adapter la population cible au nombre de mois si l'évaluation ne couvre pas 12 mois (cf. ci-dessus cas particuliers).

TABLEAU 2: ACTIVITES (EXEMPLE)

Service de santé de: BADJOUA, CAMEROUN	Période: 1/1/96 - 31/12/96
---	-----------------------------------

ACTIVITES	Nombre d'actes durant la période			Pop. cible de l'aire de <u>responsabilité</u>	Taux d'utilisation dans l'aire de <u>responsabilité</u>	Pop. cible de l'aire <u>d'attraction</u>	Taux d'utilisation dans l'aire <u>d'attraction</u>
	Adhérents	Non adher.	Total				
<i>Activités curatives</i>							
Consultations curatives (nouveaux cas)			3268	12425	0,26		
Consultations curatives nouveaux cas <1 km			1034			3776	0,27
Consultation curative nouveaux cas [1-5] km			502			1533	0,33
Total consult. curatives (nouveaux + anciens cas)			4537				
Soins infirmiers			306				
Petite chirurgie							
Laboratoire			16				
Observation (hospitalisation au centre de santé)			24				
Référence vers hôpital			24				
<i>Activités de santé maternelle et infantile</i>							
1ère consult. prénatale CPN 1 ("nouveaux cas")			406	559	0,73		
3ème consult. prénatale CPN 3			305	559	0,56		
Toutes CPN (nouveaux + anciens cas)			1062				
Accouchements assistés			170	559	0,30		
Consultation postnatale			3				
Consultation planning familial (nouv. + anc cas)							
Vaccinations femmes (tous VAT)			740				
Vaccinations enfants (DTC1 avant 1 an)			477	497	0,96		
Vaccinations enfants (DTC3 avant 1 an)			474	497	0,95		
Vaccinations enfant (tous vaccins tous âges)			3643				
Consultation nourrissons sains							
Information - éducation - communication							

Sources des données: registres des services du centre de santé

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>							
Consultations curatives (nouveaux cas)							
Consultations curatives nouveaux cas <1 km							
Consultation curative nouveaux cas [1-5] km							
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>							
1ère consult. prénatale CPN 1 ("nouveaux cas")							
3ème consult. prénatale CPN 3							
Toutes CPN (nouveaux + anciens cas)							
Accouchements assistés							
Consultation postnatale							
Consultation planning familial (nouv. + anc cas)							
Vaccinations femmes (tous VAT)							
Vaccinations enfants (DTC1 avant 1 an)							
Vaccinations enfants (DTC3 avant 1 an)							
Vaccinations enfant (tous vaccins tous âges)							
Consultation nourrissons sains							
Information - éducation - communication							

Sources des données:

2.3. TABLEAU 3: PERSONNEL

2.3.1. INFORMATIONS NECESSAIRES

Elles sont à rechercher auprès de l'équipe-cadre de district et auprès du Chef de centre:

- ↪ nombre de personnes travaillant au centre de santé, quel que soit leur statut (fonctionnaire, salarié d'une collectivité territoriale, salarié du comité de gestion...)
- ↪ leur mode de rémunération (salarié, payement à l'acte).

Le personnel est classé suivant sa fonction soignante ou non soignante, et son diplôme:

⇒ Le personnel soignant réalise des actes diagnostiques, thérapeutiques ou préventifs. Il est classé suivant son diplôme, le nombre d'années d'études indiqué entre parenthèses permettant d'établir des équivalences pour les qualifications de nom différent.

- ↪ le personnel est considéré comme "qualifié" s'il a une formation spécialisée de 3 ans et plus: les lignes blanches sont à utiliser pour préciser d'autres catégories de personnels que les médecins, sages-femmes, et infirmiers;
- ↪ les soignants "peu qualifiés" ont eu au maximum 2 ans de formation, du type "infirmier breveté" ou "aide-soignant" formé: la ligne "aides-soignants" sans formation initiale regroupe tous les soignants non qualifiés rémunérés (salaire ou indemnité à l'acte).

⇒ La fonction non soignante regroupe tous les personnels ayant des tâches d'administration, de gestion, de vente des médicaments ("commis" ou gérant de pharmacie), de logistique, d'entretien, de gardiennage...
Les personnels administratifs et techniques sont considérés comme "qualifiés" s'ils ont une formation spécialisée de 2 ans et plus.

2.3.2. CAS PARTICULIERS

1. **Les "bénévoles"**: personnes travaillant régulièrement au centre de santé sans salaire ni indemnité. Ils sont comptés en bas du tableau. Des lignes libres permettent d'indiquer leur qualification.

Attention, les membres du comité de gestion (président, trésorier, etc.) ne sont pas comptés ici!

2. **Une "matrone" payée à l'acte** qui travaille dans le centre de santé doit être comptée à la ligne "aide-soignant".

3. **Le personnel de centres de santé satellites et les éventuels agents de santé communautaires travaillant dans la zone de responsabilité** du centre de santé doivent être comptés s'ils sont rémunérés.

4. **"Filles de salle" ou "femmes de service"** sont normalement dans une catégorie non soignante. Si elles sont employées pour des soins aux malades, elles sont à classer dans la ligne "aide-soignant sans formation initiale".

5. **Personnel à fonctions mixtes, soignant et non soignant:** par exemple, un médecin qui travaille dans un centre de santé en étant par ailleurs médecin-chef du district. Il faut dans ce cas évaluer le pourcentage du temps à imputer à ces deux fonctions en posant la question: dans un mois (ou une semaine), combien de jours sont utilisés pour chaque fonction?

2.3.3. DONNEES INTERMEDIAIRES

Pour établir ce tableau 3 (et ensuite le tableau 5), il est conseillé de remplir le tableau intermédiaire ci-dessous avec:

- ↪ la liste nominative de tout le personnel (y compris le/les bénévoles),
- ↪ les grades (infirmier D.E., laborantin...),
- ↪ les dates d'arrivée dans le centre,
- ↪ la fonction soignante (S) ou non soignante (NS),
- ↪ les montants **annuels** des salaires (théorique et réellement perçu),
- ↪ les charges,
- ↪ les primes,
- ↪ les avantages en nature.

Il faut aussi préciser qui prend en charge ces différents coûts. Toutes ces informations seront nécessaires pour remplir la rubrique "coût en personnel" du tableau 5.

TABLEAU INTERMEDIAIRE DU PERSONNEL (pour remplir les tableaux 3 et 5)

NOM et Prénom	Grade	Date arrivée	Fonction (S/NS*)	Salaire**	Primes**	Avantages nature**

* S = soignant; NS = non soignant

Si le poste est mixte, indiquer le % temps consacré à chaque fonction

** indiquer le montant annuel et le nom du financeur (Etat, collectivité locale, centre de santé, etc.). Si tout n'a pas été versé durant la période, indiquer le montant théorique (th) et le montant réellement perçu (réel).

TABLEAU 3: PERSONNEL (EXEMPLE DE TABLEAU REMPLI)

Service de santé de: KOUMBIA, BURKINA	Période du 01/01/96 au 31/12/96
--	--

CATEGORIE 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)	1	
Autres diplômés (3 ans études et +) préciser:		
<i>Sous-total personnel "qualifié"</i>	<i>1</i>	
Infirmier breveté (2 ans d'études)	1	
Aide-soignant (jusqu'à 1 an d'études)	2	
Aide-soignant (sans formation initiale)		
<i>Sous-total personnel "peu qualifié"</i>	<i>3</i>	
Administratif-technique (2 ans d'études et +)		
Administratif-technique (<2 ans d'études)		1 (gérant)
Manoeuvre, gardien		1
Autres non qualifiés		1 (chauffeur)
<i>Sous-total personnel administratif et technique</i>		<i>3</i>
TOTAL PERSONNEL REMUNERE	4	3

BENEVOLES* (indiquer leur qualification)		
TOTAL BENEVOLES	0	0

* ne pas compter le comité de gestion

Source des données: équipe-cadre de district

TABLEAU 3 : PERSONNEL

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

CATEGORIE 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>		
TOTAL PERSONNEL REMUNERE		

BENEVOLES* (indiquer leur qualification)		
TOTAL BENEVOLES		

* ne pas compter le comité de gestion

Source des données:

2.4. TABLEAU 4: RECETTES TARIFAIRES

2.4.1. INFORMATIONS NECESSAIRES

Pour les tarifs unitaires des actes, des forfaits, et des cotisations se renseigner auprès du personnel du centre et du comité de gestion.

Des colonnes permettent de préciser les différents tarifs pour adhérents et non adhérents. Si le centre ne fonctionne qu'avec un seul tarif, ne remplir que la colonne "non adhérents".

Les informations sur les recettes sont contenues dans le livre de caisse du centre de santé en cas de paiement direct des actes et des forfaits. Le montant éventuel des cotisations est inscrit dans les livres de comptes du comité de gestion.

Inscrire le montant des **sommes réellement perçues et comptabilisées** durant la période. Si la ventilation des recettes par rubrique n'est pas disponible, inscrire seulement les sous-totaux, car c'est l'information la plus importante.

2.4.2. CAS PARTICULIERS

1. **Cotisations:** les sommes perçues en tant que cotisation sont à inscrire dans la rubrique 3 "assurance". Si les cotisants payent ensuite des actes, ou des forfaits, ces paiements sont à inscrire dans la rubrique 1 "actes" ou 2 "forfaits", à la colonne "adhérents".
2. **En cas de paiement indirect:** les informations sont disponibles au centre de santé si celui-ci pratique le tiers-payant.
3. **Ventes de documents:** par exemple, la vaccination est gratuite, mais le carnet de vaccination est payant; ne pas oublier de les comptabiliser.
4. **Les lignes pré-imprimées** le sont à titre indicatif, et ne sont à remplir que si elles correspondent à la situation locale. Les lignes vides permettent de prendre en compte les autres situations.

2.4.3. METHODE DE CALCUL

Calcul de la répartition des recettes en % pour chaque cellule (colonne de droite):

$$= \frac{\text{recette de la ligne} \times 100}{\text{recette totale}^*}$$

* dernière cellule en bas de la colonne recettes

**TABLEAU 4: RECETTES TARIFAIRES
(EXEMPLE DE TABLEAU REMPLI)**

Service de santé de: **ABOBO / SAGBE, COTE D'IVOIRE** | Période: **1/1/96 -31/12/96**

RUBRIQUE	TARIF (FCFA)		RECETTES		RECETTES TOTALES	%
	Adhér.	Non adh.	Adhér.	Non adh.		
1- Paiement à l'acte						
Consult. curatives adultes	625	1250	217500	8603875	8821375	10%
Consult. curatives enfants	300	600	120000	6997000	7117000	8,1%
Ordonnances			ND	ND	55126775	62,7%
Laboratoire	125	125	ND	ND	319900	0,4%
Soins infirmiers :						
- injections	100	200	ND	ND	1384050	1,6%
- perfusion	600	600				
- pansements	250	500				
Petite chirurgie						
Accouchements	1750	3500	42000	7701500	7743500	8,9%
Observation (lits)	0	0	0	0	0	
Vaccination	50	100	ND	ND	1961400	2,2%
Consultation prénatale	225	425	25200	2862550	2887750	3,3%
Certificats médico-légaux	0	0	0	0	0	
Pesée des nourrissons	25	50	ND	ND	399600	0,5%
Carnets et cartes	?	?	ND	ND	1741550	2%
Sous-total actes			ND	ND	87502900	99,5%
2- Paiement au forfait						
Forfait curatif adulte						
Forfait curatif enfant						
Forfait consultat. prénatale						
Sous-total forfait					0	0%
3- Assurance ou adhésion(gérée par le centre de santé)						
Cotisations individus						
Cotisations familles	4000		396000		396000	0,5%
Sous-total assurance			396000		396000	0,5%
TOTAL			ND	ND	87 898 900	100%

adher. = adhérent

non adh. = non adhérent

Source des données: Livres de comptes

TABLEAU 4: RECETTES TARIFAIRES

Service de santé de :	Période du :
	au :

RUBRIQUE	TARIF		RECETTES		RECETTES TOTALES	%
	Adhér.	Non adh.	Adhér.	Non adh.		
<i>1- Paiement à l'acte</i>						
Consult. curatives adultes						
Consult. curatives enfants						
Ordonnances						
Laboratoire						
Soins infirmiers						
Petite chirurgie						
Accouchements						
Observation (lits)						
Vaccination						
Consultation prénatale						
Certificats médico-légaux						
<i>Sous-total actes</i>						
<i>2- Paiement au forfait</i>						
Forfait curatif adulte						
Forfait curatif enfant						
Forfait consultation prénatale						
<i>Sous-total forfait</i>						
<i>3- Assurance ou adhésion (gérée par le centre de santé)</i>						
Cotisations individus						
Cotisations familles						
<i>Sous-total assurance</i>						
TOTAL						100%

adher. = adhérent

non adh. = non adhérent

Source des données:

2.5. TABLEAU 5: COUTS

2.5.1 INFORMATIONS NECESSAIRES ET PRINCIPES POUR LE REMPLISSAGE DU TABLEAU 5

Rappelons que pour évaluer les coûts d'un centre de santé, il faut connaître ou estimer:

- 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, 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 rentrent dans cette catégorie.

L'évaluation des coûts est la base de l'analyse financière. Le tableau 5 récapitule les coûts et les financements du centre de santé pendant la période considérée.

Rappelons que le calcul s'effectue toujours en référence à une période déterminée au départ, la même que celle retenue pour les tableaux précédents (1 à 4), si possible un an.

Les calculs économiques seront effectués en monnaie locale. Dans le cas de comparaisons entre pays, on convertira ensuite la monnaie locale en Euro selon le taux de change en vigueur à la date de l'évaluation (disponible à l'Union Européenne).

2.5.1.1. Etape 1: Mesurer ou estimer les coûts

Se référer d'abord au suivi budgétaire de la formation sanitaire. Si un état financier de fin de période est disponible, reporter les montants indiqués dans les rubriques correspondantes de la première colonne du tableau.

Si certaines rubriques du tableau ne figurent pas dans le rapport financier de fin de période, par exemple les salaires des agents de l'état il faut chercher ces informations auprès de chaque source de financement. Dans ce cas, il faut identifier l'administration où ces informations sont disponibles (le directeur local du personnel, le ministère de la fonction publique, ou de la santé, la préfecture...). Le Médecin-chef du District connaît habituellement la masse salariale de son personnel, ou est en mesure de contacter les personnes ressources pour fournir cette information.

Certains coûts sont connus exactement (comme ci-dessus, les salaires). D'autres sont reconstituées pour être estimées (comme un stock de vaccins). La règle de base est de partir de ce que l'on connaît pour rechercher ensuite ce que l'on ne connaît pas.

2.5.1.2. Etape 2: Répartir les charges dans les colonnes "Sources de financement"

On peut facilement répartir les recettes dites "affectées" à une catégorie bien définie de charges. Ainsi les salaires de l'état, dont les montants alloués ne peuvent servir à financer d'autres dépenses, ou les primes versées par tel ou tel organisme.

Pour chaque charge indiquée on recherche son financement (il peut y avoir plusieurs sources) et on indique les montants engagés par chaque bailleur.

Dans la pratique, il faut procéder de façon systématique dans l'ordre suivant, qui est celui des lignes du tableau 5 :

1. Les coûts de fonctionnement interne:

Ce sont celles qui préoccupent le plus les opérateurs des systèmes de financement communautaire:

- ⇒ On commence d'abord par les coûts en personnel qui représentent généralement plus de la moitié des dépenses de fonctionnement interne (hors amortissements).
- ⇒ On étudie ensuite les coûts en médicaments et consommables médicaux qui représentent entre 25 et 35% des coûts totaux.
- ⇒ Les autres coûts sont regroupées dans les dernières lignes: déplacements, énergie, entretien, administration, achat de petit matériel non amortissable.

2. Les coûts de fonctionnement externe

Certains de ces coûts sont engendrés par l'intégration du centre de santé dans le district sanitaire. Ils sont souvent moins bien connus et ce guide permettra peut-être d'en donner une estimation plus précise. Ils sont composés:

- ↳ des charges de supervision, d'administration du district, de formation continue: il est indispensable de les financer si l'on veut un maintien et un contrôle de qualité acceptables, et si l'on veut que les services de santé assurent effectivement les missions de santé publique qui leur sont assignées;
- ↳ de contributions à une éventuelle caisse de solidarité du district, ou de taxes (versement d'une partie des recettes tarifaires au trésor public dans certains pays par exemple).

3. Les coûts d'amortissement

Lorsque se pose la question du retrait d'une aide extérieure, l'attention se porte d'abord sur les charges de fonctionnement externe et celles d'amortissement, afin de savoir dans quelle mesure ce qui a été entrepris peut être "durable" ou viable sans financement externe.

Note: les coûts d'amortissement prennent en compte le remplacement des bâtiments et des équipements durables. De ce fait, les achats d'équipements soumis à amortissement, ou les frais de construction ou d'extension de bâtiments réalisés durant la période d'évaluation **ne doivent pas** être comptabilisés dans le tableau 5: ils doivent y figurer uniquement sous forme de leur part annuelle d'amortissement.

CONSEILS PRATIQUES POUR REMPLIR LE TABLEAU 5

Pour gagner du temps:

1. Partir des informations disponibles au niveau de la formation sanitaire.
2. Les compléter par celles disponibles au niveau du district ou du projet.
3. En se référant au mode de remplissage précédemment décrit, faire la liste des informations complémentaires à réunir et contacter les différentes sources de financement identifiées.
4. Pour les petites dépenses, procéder par estimation plutôt que de rechercher l'information exacte qui n'est pas toujours disponible.

Ainsi, il est possible d'estimer le montant des dotations en vaccins à partir d'une liste de prix communiquée par un fournisseur du pays en se basant sur les quantités fournies à la formation sanitaire (et non sur le nombre de vaccinations réalisées).

2.5.2 REPLISSAGE PRATIQUE DU TABLEAU 5

2.5.2.1. *Mode de remplissage colonnes*

- **Colonne A: "Coûts annuels"**

Cette colonne indique l'ensemble des coûts de la période considérée, liés aux activités du centre, soit la somme:

- ↪ des dépenses **effectivement réalisées** pendant la période considérée et comptabilisées dans le budget du service de santé;
- ↪ des coûts non comptabilisés au niveau du centre de santé mais imputables à son activité (exemple: les charges payées par l'état pour le personnel affecté dans un service de santé ou les salaires, s'ils ne figurent pas dans le budget du centre de santé);
- ↪ des dotations ou dons en consommables préventifs alloués en nature au centre de santé et la variation de stock de médicaments;
- ↪ des provisions ou dépenses non effectuées (exemple 1: les retards de salaires des personnels de santé, exemple 2: les provisions pour amortissement).

- **Colonnes B à G: "Sources de financement"**

La deuxième partie du tableau ventile les coûts en fonction de l'origine du financement. Sont indiquées ici les sources de financement des coûts suivants:

- ⇒ **Colonne B "Population":**

Elle récapitule les apports de la population liés au paiement (direct ou indirect) des prestations par les usagers. Elle correspond au "recouvrement des coûts".

- ⇒ **Colonne C "Etat":**

Il s'agit des différentes administrations de l'état, que se soit le Ministère de la Santé, d'autres ministères, ou leurs structures déconcentrées telles que la région, la préfecture, etc.

Si des financements extérieurs sont de façon certaine alloués à l'état sous forme de prêts remboursables (c'est le cas des crédits du F.M.I. qui ont la réputation d'être systématiquement remboursés), on peut les imputer dans cette colonne.

⇒ **Colonne D "Collectivités territoriales":**

Le terme collectivité locale désigne une collectivité décentralisée, dotée d'une personnalité morale et ayant son propre budget, distinct de celui de l'état: une commune, en Guinée, une communauté rurale de développement.

⇒ **Colonne E "Autres ressources locales":**

Cette colonne est prévue pour les financements apportés sous forme de don ou de subvention par une structure **du pays**: une entreprise, une association à vocation caritative ("Lions Club", etc.), une paroisse...

⇒ **Colonne F "Projet" et G "Autres ressources extérieures":**

Deux colonnes sont réservées au financement de l'aide internationale. Distinguer:

- ↗ les apports directs du projet d'appui aux services de santé évalués,
- ↗ les autres apports de l'aide internationale liés à des programmes verticaux (vaccination, médicaments essentiels,...), d'autres programmes nationaux, ou des aides ponctuelles.

Indiquer dans cette colonne tous les apports de l'aide internationale sous forme de subventions ou des fonds externes dont les modalités de remboursement ne sont pas connues avec certitude.

⇒ **Colonne H "Déficit/Excédent":**

Cette colonne permet d'identifier les coûts qui ne sont pris en compte par aucune des sources de financement identifiées. En effet, certains coûts ne sont financés par aucune des sources mentionnées. C'est souvent le cas pour les amortissements des bâtiments par exemple.

Les montants figurants dans cette colonne représentent la différence entre les coûts (colonne A) et les montants financés (répartis dans les colonnes B à G).

Attention: les valeurs s'inscrivent en + s'il y a déficit, et en - s'il y a excédents.

⇒ **Colonne I "Report":**

Si le tableau des coûts a déjà été rempli pour l'année précédente ("N-1"), reporter les déficits / excédents de l'année N-1 (la colonne H du tableau de l'année N-1) dans cette colonne I. Ce report permet une première approche de la viabilité du centre de santé au delà d'un exercice annuel.

2.5.2.2 Mode de remplissage lignes

1. Lignes "Fonctionnement interne"

1.a. Personnel local

Il s'agit du personnel dont la liste figure au tableau 3. Il faut prendre en compte aussi bien le personnel de la fonction publique que le personnel contractuel non fonctionnaire, et les

bénévoles. Ces lignes sont remplies à partir du tableau intermédiaire du personnel. Les dépenses en personnel à prendre en compte sont :

1.a.1. Salaires

Les salaires considérés sont les salaires **nets**, c'est-à-dire les salaires **perçus par le personnel** (salaires de bases + primes payés par l'employeur, Etat, comité de gestion ou association, ou autre employeur).

⇒ Colonne "Coûts":

Dépenses comptabilisées ou non + salaires en retard + valorisation du travail bénévole. Indiquer tous les salaires à percevoir par le personnel de santé du service pendant la période considérée, qu'ils soient ou non comptabilisés dans le budget de la formation sanitaire et qu'ils aient ou non été versés aux agents. Si du personnel travaille à titre bénévole on estimera son coût en référence aux salaires de l'état pour un travail équivalent.

⇒ Colonne "Sources de financement":

indiquer dans chaque colonne, les montants versés ou à verser par chacune des sources de financement. Considérer en effet que les salaires dus par L'état seront payés les mois suivants. Il s'agit d'un déficit pour la période qui sera pris en charge par une source de financement connue.

Exemple de remplissage de la ligne "salaires":

Un centre de santé a 4 agents dont 2 payés par L'état et un contractuel employé par le comité de gestion et payé sur les recettes tarifaires pour un montant annuel 100 UM*, et un bénévole dont le salaire net peut être estimé à 50 UM.

Les salaires nets des 2 agents de L'état ne figurent pas dans le budget du centre de santé. Leur montant annuel est de 500 UM. Pendant l'année considérée, ceux-ci n'ont été payés que 9 mois.

Dans la colonne "coût" on inscrira le montant des salaires annuels des 4 agents sur 12 mois, soit:
 $500 + 100 + 50 \text{ UM} = 650 \text{ UM}$

Dans la colonne "Etat", on indiquera que le montant des salaires nets annuels soit 500 UM.

Dans la dernière colonne on doit retrouver 50 UM correspondant au bénévole non pris en charge.

* *UM = unité monétaire*

1.a.2. Charges

Ce sont les charges sociales obligatoires (retraite, assurance maladie etc.) **payées par l'employeur** (Etat, commune, ou par le service de santé pour le personnel contractuel) + les charges sociales **payées par l'employé** (voir sur le bulletin de salaire).

⇒ Colonne "Coûts":

= dépenses réalisées + factures en retard

Indiquer le montant total des charges à payer pendant la période considérée même si toutes les dépenses n'ont pas été réalisées.

⇒ Colonnes "Sources de financement":

Répartir les dépenses correspondantes effectuées par source de financement. Il n'est pas toujours facile de savoir si L'état a effectivement payé les charges dues. En

l'absence d'information contraire, on partira du principe que les charges ont été payées pour les salaires figurant dans le calcul des salaires .

1.a.3. et 1.a.4. Primes et avantages

⇒ **Colonne "Coûts":**

= dépenses + factures en retard + dotation en nature

Primes:

Il s'agit des primes dues au personnel dans le cadre de ses activités au service de santé. Inclure dans cette rubrique les primes financées par les recettes tarifaires, et les perdiem versés au titre de la supervision.

Comptabiliser aussi les primes qui auraient dues être versées durant la période considérée, compte tenu des engagements pris ou de la législation en vigueur. Si un programme vertical verse des primes (ou des indemnités) à un agent bénévole, inscrire les montant dans cette ligne.

Avantages:

Logement gratuit: le personnel est logé gratuitement et le loyer ne figure pas dans le budget du service de santé. Si le loyer est pris en charge par une autre source de financement, chercher à en connaître le montant. S'il s'agit d'une mise à disposition, estimer la valeur du loyer compte tenu des prix du marché local.

Soins gratuits: si les soins sont pris en charge par un financement autre que le centre de santé lui-même, chercher à en connaître le montant. Si le personnel est soigné gratuitement dans le service de santé, estimer les recettes des actes (hors médicaments) non perçus par le service de santé (les médicaments consommés sont déjà comptabilisés à la ligne médicaments).

⇒ **Colonnes "Sources de financement":**

Répartir les coûts estimés en fonction de leur source de financement. Pour les coûts en nature qui ont été valorisés, imputer le montant correspondant à celui qui a fourni le bien (un bâtiment pour le logement par exemple) ou le service à titre gratuit. Le coût des soins gratuits non financés par un tiers de façon explicite est enregistré comme un déficit dans la dernière colonne du tableau.

1.b. "Personnel expatrié"

Il s'agit du personnel recruté à l'étranger qui assure temporairement des activités soignantes et gestionnaires en substitution du personnel local. Sont considérées comme activités de substitution toutes les activités de soins (consultations, soins, interventions) ainsi que les activités de supervision, ou administration de la formation sanitaire. Ici le coût en personnel est entendu comme un coût de remplacement.

⇒ **Colonne "Coûts":**

Indiquer le coût local de la même catégorie de personnel (salaires et charges, primes éventuelles, avantages) valorisé en référence à un personnel de L'état ayant une qualification équivalente et pendant le pourcentage de temps qu'il réserve aux activités de soins ou de gestion du service de santé.

⇒ **Colonnes "Sources de financement":**

Inscrire dans l'une ou l'autre des colonnes "financement externe" les montants indiqués dans la colonne "coût".

1.c. "Médicaments et consommables médicaux"

Le coût total en médicaments et en consommables médicaux est **toujours égal à la valeur des consommations réelles**, c'est-à-dire des achats (+ les dotations en nature) durant la période considérée ajoutée à la variation du stock durant la même période.

$$\text{Coût en médicaments (et consommables médicaux) sur une période donnée} = \text{achats de la période} + \text{dons} + (\text{stock initial} - \text{stock final})$$

• Exemples simplifiés (sur un seul produit):

1. Le centre de santé dispose en début de période de 5 boîtes de 1000 cp de Cotrimoxazole (valeur totale 50000 FCFA). Il en achète 4 pendant l'année (facture de 40000 FCFA). Il en reste 2 à la fin de l'année (valeur totale 20000 FCFA).

Le coût du Cotrimoxazole pour l'année est de:
 $40\ 000 + (50\ 000 - 20\ 000) = 70\ 000$ FCFA

2. Le centre de santé dispose en début de période de 3 boîtes de 1000 cp de Chloroquine (valeur totale 15000 FCFA). Au cours de l'année, il en achète 2 boîtes (facture de 10000 FCFA), et reçoit une dotation en nature de 6 boîtes du programme paludisme (valeur 30000 FCFA). En fin d'année, il lui reste 5 boîtes (valeur : 25000 FCFA).

Le coût de la Chloroquine pour l'année est de:
 $10\ 000 + 30\ 000 + (15\ 000 - 25\ 000) = 30\ 000$ FCFA.

Dans le tableau, les coûts en médicaments sont répartis sur deux lignes: achat et dons à la ligne 1c1, et variation de stock à la ligne 1c2.

1.c.1. "Achats et dons"

⇒ Colonne "Coûts":

= dépenses + factures en retard + dotation en nature

Indiquer toutes les dépenses effectuées pour l'achat de médicaments et de consommables médicaux pendant la période considérée, que les factures correspondantes aient ou non été payées.

Utiliser les factures disponibles au service de santé ou au niveau du service administratif de référence. Indiquer les sommes payées ou à payer figurant sur la facture établie par la structure ayant délivré les médicaments.

Les frais de transport locaux (de la centrale d'achat locale au centre de santé) ne sont pas inclus dans les dépenses de médicaments mais dans la ligne 1.d.1 "Transport".

Les dons doivent être valorisés à partir des factures si elles sont disponibles, ou à défaut à partir des prix locaux de remplacement et des quantités à valoriser. Si ces quantités ne sont pas répertoriées dans une liste, il faut se reporter aux fiches de stock. La valorisation est faite à partir de la liste des prix d'achat habituelle du centre de santé.

⇒ Colonnes "Sources de financement":

Ventiler les coûts indiqués par source de financement.

Exemple: si les factures ont été payées avec les recettes tarifaires, inscrire leur montant dans la colonne "population". Si une dotation initiale a été fournie par un projet ou l'état, inscrire sa valeur (au prix d'achat par le service de santé) dans la colonne correspondante. Pour les factures non payées, considérer que leur paiement a été budgétisé et imputer le montant à la source qui paiera la facture.

1.c.2. "Variation de stock"

Il s'agit de la différence stock initial - stock final.

⇒ **Colonne "Coûts":**

Le montant indiqué sera **positif** en cas de **diminution de stock** (puisque le stock final est dans ce cas inférieur au stock initial): si le stock a diminué il y a eu consommation de médicaments et donc un coût pour le centre.

En revanche, si le stock a augmenté (par des achats ou des dons), le montant est négatif. Les variations de stock sont valorisées à la **valeur d'achat** par le centre de santé (et non au prix de vente).

La variation de stock se trouve dans le document comptable compte de résultats. S'il n'y a pas de compte de résultats ou si la période d'évaluation ne coïncide pas avec sa période, la variation de stock est calculée à partir des fiches de stock. Calculer pour chaque produit la valeur du stock en début de période, en se référant aux prix des factures d'achat. Puis calculer la valeur du stock en fin de période selon la même procédure. Puis on fait la différence entre la valeur initiale et la valeur finale.

⇒ **Colonnes "Sources de financement":**

On propose de **n'imputer la variation de stock à aucune des sources de financement**. Qui a financé les variations de stock? En théorie, il faudrait connaître l'origine des stocks initiaux et des stocks finaux pour pouvoir imputer la variation des stocks à l'une ou l'autre des sources de financement.

Ce travail est trop compliqué pour être fait lors de cette évaluation. Le montant inscrit dans la colonne "Coûts" est reporté dans la dernière colonne "Déficit/excédent", avec le même signe + ou - selon que le stock initial est supérieur ou inférieur au stock final. La prise en charge des déficits sera discutée lors de l'analyse des résultats globaux.

1.c.3. "Vaccins"

Une ligne spéciale est réservée à cette catégorie de consommables en raison de son importance et de son mode particulier d'approvisionnement. Les vaccins utilisés relèvent en général du Programme Elargi de Vaccination.

Partir des consommations enregistrées par le service (bons de livraison), puis les valoriser en se référant aux prix unitaires des vaccins de l'UNICEF. Si les vaccins sont achetés par le service, utiliser les factures disponibles. Imputer le coût à la source de financement correspondante. Comme pour les médicaments, ne pas imputer les frais de transport locaux à cette ligne mais à la suivante (ligne 1.d.1. "Transports").

Les vaccins étant périssables, les stocks ne sont jamais très importants. Il n'est donc pas nécessaire de mesurer les variations de stock des vaccins.

1.d. "Autres dépenses"

Ces lignes regroupent tous les autres coûts de fonctionnement internes du centre de santé. Des regroupements ont été faits pour limiter le nombre de lignes à cinq:

- ↗ transports/déplacements,
- ↗ entretien/maintenance,
- ↗ eau/énergie,
- ↗ gestion/administration,
- ↗ achat de petit matériel.

1.d.1. "Transports/Déplacements"

⇒ Colonne "Coûts":

= dépenses + factures en retard + dotation en nature

Cette rubrique inclut:

- ↪ toutes les dépenses comptabilisées par le service de santé et liées à l'utilisation de son (ou ses) moyen(s) de transport(s), véhicule, moto...: carburant, assurance, entretien, réparations; également les dépenses de bus ou taxis liées à des déplacements de service;
- ↪ les mises à disposition de véhicule par un projet ou une autre source de financement (= nombre de km effectués pour les activités de la formation sanitaire x prix moyen du km calculé hors amortissement), ou les autres dépenses non comptabilisées au niveau du service de santé.

Remarques:

- ↪ les coûts des chauffeurs sont déjà imputés dans la ligne 1.a. "personnel",
- ↪ les coûts de déplacement payés par le centre de santé pour la supervision sont imputés à la ligne 2.a et non ici.

⇒ Colonnes "Sources de financement":

Ventiler les coûts valorisés par source de financement.

1.d.2. Entretien / maintenance (hors moyens de transport)

⇒ Colonne "Coûts":

= dépenses + factures en retard + dotation ou prestation en nature

On regroupe dans cette colonne:

- ↪ les dépenses liées à l'entretien et à la maintenance des bâtiments et des équipements à l'exclusion de celles déjà comptabilisées en 1.d.1 (moyen de transport): réparations, peinture, assurance des bâtiments, etc.
- ↪ les consommables utilisés pour l'hygiène et la propreté,
- ↪ les dotations ou les prestations de services en nature (réparation d'un bâtiment par un projet ou la commune par exemple); elles sont valorisées en référence aux dépenses effectuées par la source de financement si elles sont connues, et à défaut, il est possible de les estimer au prix qu'aurait du payer la formation sanitaire pour obtenir les mêmes dotations ou prestations.

⇒ Colonnes "Sources de financement":

Ventiler les coûts par source de financement.

1.d.3. Eau, électricité, carburant (hors moyens de transport)

⇒ Colonne "coûts":

= dépenses + factures en retard + dotation en nature

Cette rubrique comprend:

- ↪ les dépenses en eau ou électricité, gaz, pétrole payées et comptabilisées par le centre de santé.

- ↳ les dotations en nature: il arrive fréquemment que l'électricité ou l'eau par exemple soit fournie gratuitement par l'état ou une collectivité territoriale ou une autre source de financement.

Deux cas peuvent se présenter: si la source de financement paye les factures pour le service de santé, les coûts peuvent être mesurés en obtenant les factures correspondantes. Par contre si le fournisseur n'établit pas de facture et ne tient pas de comptabilité, il faut alors estimer les consommations et les valoriser au prix du marché.

- ⇒ **Colonnes "Sources de financement":**
Ventiler les coûts par source de financement.

1.d.4. Gestion / administration

- ⇒ **Colonne "coûts"**
= dépenses + factures en retard + services fournis en nature
Ces coûts comprennent:

- ↳ les dépenses de téléphone (et fax), de papeterie, l'achat des outils de gestion et des supports comptables (livres de caisse, registres, ordonnanciers, etc.),
- ↳ le montant des indemnités versées aux comités de gestion.

Il faut en effet considérer leur travail comme une prestation de service à imputer à cette catégorie de coûts.

Remarque: les salaires du personnel gestionnaire ne sont pas à comptabiliser ici mais en 1.a. "personnel").

Indiquer en plus des dépenses comptabilisées, celles non effectuées au titre de la période considérée.

Ici se pose la question de la valorisation du travail bénévole effectué par le comité de gestion. Très souvent ce coût en nature (don de temps) est sous-estimé, avec pour conséquence une faible implication des membres et une pérennité incertaine.

- ⇒ **Colonnes "Sources de financement":**
Ventiler les coûts par source de financement.

1.d.5. Petit matériel médical non amorti

- ⇒ **Colonne "coûts":**
Les achats de petits équipements durables non pris en compte dans le calcul des amortissements, parce que d'un montant unitaire inférieur à 100 Euro (voir §3 ci-dessous) sont à comptabiliser dans cette ligne.

- ⇒ **Colonnes "Sources de financement":**
Ventiler les coûts par source de financement.

2. Lignes "Fonctionnement externe"

Les coûts de fonctionnement externe trouvent leur origine dans le mode de fonctionnement du district sanitaire. Chaque centre de santé est supervisé par un bureau de district (équipe-cadre). Il contribue selon les cas au financement des frais de supervision ou autres charges de fonctionnement du district.

Pour un service de santé donné, cette intégration dans le district sanitaire a un coût (supervision, administration du district, caisse de solidarité,...). Ces coûts ne sont pas directement liés à la production des prestations. Ils correspondent à des activités nécessaires pour maintenir la qualité des prestations et/ou pour le contrôle externe du système de gestion.

La distinction entre fonctionnement interne et externe peut être utile dans l'analyse de la structure des coûts, pour pouvoir comparer les coûts entre structures publiques et privées et ultérieurement estimer les capacités du centre de santé à financer directement les charges de fonctionnement du district.

Ces coûts sont parfaitement identifiables. Il suffit d'interroger l'équipe-cadre du district sur la quote-part payée par le centre de santé de ces différentes lignes. Au niveau du centre, vérifier les montants auprès du trésorier.

2.a. "Supervision et contrôle externe"

2.b. "Administration du district"

2.c. "Caisse de solidarité"

2.d. "Formation continue"

2.e. "Taxes et reversement"

⇒ **Colonne "Coûts":**

= dépenses + factures en retard + services fournis en nature

Ne comptabiliser dans ce tableau que les **montants à la charge du centre de santé** correspondant à ces rubriques.

Il peut arriver que le service de santé en finance l'une ou l'autre de façon forfaitaire, par exemple, en reversant un pourcentage des recettes perçues des malades au district ou une somme fixe. S'il n'est pas possible de distinguer l'affectation précise de ces versements, les porter sans les répartir dans la ligne "**Sous-total fonctionnement externe**". Ajouter au montant précédent d'éventuelles factures en retard.

Si des estimations du coût de la supervision ou du contrôle et leur plan de financement ont été faites et réparties par centre de santé, indiquer à la ligne correspondante le montant devant être supporté par le service de santé pendant la période considérée.

Pour les dépenses de formation ne prendre en compte que la formation **continue** du personnel et non sa formation initiale (qui est considérée comme un coût d'investissement initial). Indiquer ici les perdiem versés au personnel pour la participation à des stages de formation, les frais de transport ou d'autres frais liés à la prise en charge des intervenants.

3. Lignes "Amortissement"

Le calcul des coûts d'amortissement:

Il s'agit des coûts nécessaires au renouvellement des investissements en bâtiments, véhicules et biens d'équipement (d'une durée de vie supérieure à un an) à la charge du service de santé évalué. Ces équipements s'usent au cours du temps en fonction de leur utilisation. Du fait de cette usure, ils ont une durée de vie limitée après laquelle, ils doivent être renouvelés.

Il est donc nécessaire d'épargner annuellement pour pouvoir assurer le renouvellement le moment venu. Pour estimer les amortissements nous utiliserons en adaptant la règle dite des amortissements linéaires selon laquelle:

$$\text{amortissement annuel} = \text{prix d'achat} / \text{durée de vie}$$

Afin de faciliter les comparaisons entre différents systèmes des références standardisées permettent l'estimation des durées de vie des investissements [d'après 10].

TABLEAU: DUREE DE VIE DES INVESTISSEMENTS

DESCRIPTION DE L'INVESTISSEMENT	DUREE DE VIE (EN ANNEES)
Bâtiment	20
Mobilier	10
Véhicule de ville	5
Véhicule de campagne	3
Groupe électrogène	5
Radiologie	10
Autre équipement (chirurgie, obstétrique, laboratoire)	5

N.B.: Pour les biens d'équipement, on ne considère que ceux dont la durée de vie est supérieure à un an et d'une valeur d'achat unitaire supérieure à 100 Ecus.

N.B.: Si les instruments d'un kit ou d'une boîte font l'objet d'achats séparés, la valeur unitaire est celle de chaque instrument. Dans le cas contraire, la valeur unitaire est celle de la boîte ou du kit.

N.B.: Les bâtiments faisant l'objet d'une location à la charge du service de santé (pour le service ou son personnel) ne sont pas pris en compte dans le calcul de l'amortissement.

Chaque équipement à amortir devrait avoir une *fiche d'amortissement* suivant le modèle ci-dessous. Si ces fiches n'existent pas, il faut faire la liste du matériel à amortir et établir les fiches.

TABLEAU : MODELE DE FICHE D'AMORTISSEMENT D'UN EQUIPEMENT
(Exemple sur 5 ans)

Centre de santé de:			
Equipement:		Durée de vie:	5 ans
Date achat*:		Prix d'achat*	X
ANNEE	MONTANT A AMORTIR	TOTAL CUMULE	RESTE A AMORTIR
année 1**	X/5	X/5	4X/5
année 2**	X/5	2X/5	3X/5
année 3**	X/5	3X/5	2X/5
année 4**	X/5	4X/5	X/5
année 5**	X/5	5X/5	0

* Cas particulier: si le prix d'achat n'est pas connu, il faut indiquer le prix d'achat au moment de l'établissement de la fiche:

- ↪ pour les bâtiments, se renseigner pour connaître le coût de construction au m²,
- ↪ pour les équipements produits localement, prendre le prix du marché,

↳ pour les équipements importés, consulter un catalogue du genre UNIPAC et ajouter frais de transport, taxes, dédouanement, etc.

** indiquer l'année concernée (1997, 1998, etc.) et mettre autant de lignes qu'il y a d'années dans la durée de vie prévue (ici, l'exemple est sur 5 ans)

Le montant total des amortissements annuels est égal à la somme des amortissements de chaque équipement pour l'année considérée.

Note: un équipement ou un bâtiment déjà totalement amorti compte donc pour zéro dans ce calcul, à condition que des provisions aient déjà été effectuées pour assurer son renouvellement. A défaut, cas le plus fréquent, il faudra estimer la valeur de l'amortissement annuel. S'il n'y a pas eu de provisions, il faut le comptabiliser, même s'il a dépassé la limite d'âge.

Ce calcul comptable des amortissements ne tient pas compte de la valeur de renouvellement des équipements. Celle-ci peut varier, et selon l'évolution du marché, être supérieure ou inférieure à la valeur d'achat. L'analyse de la viabilité économique doit tenir compte de la valeur de renouvellement, qui peut différer de la valeur des amortissements.

⇒ **Colonne "Coûts":**

Indiquer la valeur de l'amortissement calculée sur la période considérée (en se référant aux coûts d'amortissement annuel), que les sommes correspondantes aient ou non été réservées pour financer cette catégorie de coûts.

⇒ **Colonnes "Sources de Financement":**

Ne porter dans ces colonnes que les montants qui ont été effectivement provisionnés (réservés exclusivement pour les amortissements) par une source de financement bien identifiée. Très souvent aucune source de financement n'effectue de provisions pour renouveler les investissements initiaux. Dans ce cas, enregistrer un déficit à la dernière colonne "Déficit/excédent" (donc inscrire une valeur positive).

4. Ligne "Divers"

Il est possible que l'on ne puisse pas faire le rapprochement entre des recettes allouées par telle ou telle source de financement et une catégorie de dépense bien précise.

• Exemples:

1. L'état alloue une subvention globale (non affectée) à un établissement qui utilise également d'autres ressources, les recettes tarifaires par exemple. Dans ce cas indiquer sur la ligne "Divers" et dans la colonne C "Etat" le reliquat des recettes non affectées dans les lignes précédentes.
2. Les recettes tarifaires dépassent les dépenses de fonctionnement et l'utilisation des sommes disponibles n'est pas précisée (il n'y a pas eu de provision pour amortissements par exemple). La différence entre les recettes totales et les recettes affectées est à imputer dans la ligne "Divers" dans la colonne B "Population" (cf. encadré ci-dessous).
3. Les dépenses de fonctionnement (de la colonne B "Population" du tableau 5) dépassent les recettes tarifaires de la période (total du tableau 4). Cela est possible si le centre de santé avait des excédents de trésorerie antérieurs à la période considérée, dans lesquels il aurait puisé. Dans ce cas, la différence s'inscrit dans la ligne "Divers" et la colonne B "Population" avec le signe -. Le

même montant s'inscrit également, mais avec le signe + dans la ligne "Déficit - Excédent", car il s'agit d'un déficit pour la période considérée.

Exemple de remplissage de la ligne "Divers":

Un centre de santé a eu 5 millions d'UM* de recettes du "recouvrement des coûts". Selon les règles en vigueur pour le financement communautaire, 4 millions ont pu être répartis dans les différentes rubriques du Fonctionnement interne et externe et après le monitoring de fin d'année, 500 000 UM ont été affectés pour le renouvellement d'une moto et du réfrigérateur et inscrits dans la ligne "Amortissement" et dans la colonne "Population". Il reste 500 000 UM dont l'utilisation n'est pas prévue. Les porter dans la ligne "Divers" et la colonne "Population".

Le total B doit correspondre aux recettes tarifaires enregistrées pour la période considérée (Tableau 4)

* UM = unités monétaires

5. Ligne "Total"

Elle récapitule le total des coûts (colonne A), des apports des sources de financement (colonnes B-G), des déficits/excédents (colonne H), et des éventuels reports d'année antérieure (colonne I).

Elle est égale à la somme des lignes Sous-total fonctionnement + Sous-total amortissement + Divers.

Vérifier que le total de la colonne B « Population » est bien égal au total des recettes tarifaires du tableau 4.

De même, le total de chacune des autres colonnes C à G doit être égal aux charges de chaque bailleur de fonds.

TABLEAU 5: COUTS (EXEMPLE)

 Centre de santé de: **DEMBO, CAMEROUN** Période du **01/01/96 au 31/12/96**

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 (R.C.)	(C) Etat	(D) Collectiv. territoriales	(E) Autres Ress. locales	(F) Projet	(G) Ressour. extérieures		
I. FONCTIONNEMENT INTERNE DU CENTRE DE SANTE									
1.a. Personnel local									
1.a.1. Salaires	1419232	300000	1119232						
1.a.2. Charges	184383		184383						
1.a.3. Primes	311668	48700	226968					36000	
1.a.4. Avantages	0								
1.b. Personnel expatrié	0								
1.c. Médicaments et consommables médicaux									
1.c.1. Achats et dons	1653246	1653246							
1.c.2. Variation de stock (S.Initial - S.Final)	73843							73843	
1.c.3. Vaccins	206993						206993		
1.d. Autres coûts internes du centre de santé									
1.d.1. Transport - déplacements	153040	153040							
1.d.2. Entretien, réparation, maintenance / hors véhicules	500371	20400	479971						
1.d.3. Eau, électricité, carburants / hors véhicules	42600	42600							
1.d.4. Gestion - administration	1206946	314700	892246						
1.d.5. Achat petit matériel non amortissable	210000	210000							
Sous - total Fonctionnement interne	5962322	2742686	2902800			0	206993	109843	
II. FONCTIONNEMENT EXTERNE DU CENTRE									
2.a. Supervision/contrôle externe	110000					110000			
2.b. Administration district	0								
2.c. Caisse de solidarité	0								
2.d. Formation continue	40000					40000			
2.e. Taxes et reversement	0								
Sous - total Fonctionnement externe	150000	0	0			150000	0	0	
Sous - total Fonctionnement	6112322	2742686	2902800			150000	206993	109843	
III. AMORTISSEMENT									
3.a. Bâtiments	900000							900000	
3.b. Véhicules	240000	240000							
3.c. Equipements	418000	144000						274000	
Sous - total Amortissement	1558000	384000	0			0	0	1174000	
IV. DIVERS									
4. Divers		93059	0					- 93059	
TOTAL	7670322	3219745	2902800	0	0	150000	206993	1190784	

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 (R.C.)	(C) Etat	(D) Collectiv. territoriales	(E) Autres Ress. locales	(F) Projet	(G) Ressour. extérieures		
I. FONCTIONNEMENT INTERNE DU CENTRE DE SANTE									
1.a. Personnel local									
1.a.1. Salaires	= p1								
1.a.2. Charges	= p2								
1.a.3. Primes	= p3								
1.a.4. Avantages	= p4								
1.b. Personnel expatrié	=p5								
1.c. Médicaments et consommables médicaux									
1.c.1. Achats et dons	= m1								
1.c.2. Variation de stock (S.Initial - S.Final)	= m2								
1.c.3. Vaccins									
1.d. Autres coûts internes du centre de santé									
1.d.1. Transport - déplacements									
1.d.2. Entretien, réparation, maintenance / hors véhicules									
1.d.3. Eau, électricité, carburants / hors véhicules									
1.d.4. Gestion - administration									
1.d.5. Achat petit matériel non amortissable									
Sous - total Fonctionnement interne									
II. FONCTIONNEMENT EXTERNE DU CENTRE									
2.a. Supervision/contrôle externe									
2.b. Administration district									
2.c. Caisse de solidarité									
2.d. Formation continue									
2.e. Taxes et reversement									
Sous - total Fonctionnement externe									
Sous - total Fonctionnement	= X								
III. AMORTISSEMENT									
3.a. Bâtiments									
3.b. Véhicules									
3.c. Equipements									
Sous - total Amortissement	= Y								
IV. DIVERS									
4. Divers									
TOTAL	= A	= B	= C	= D	= E	= F	= G	= H	= I

H = A - somme (B;G)

2.6. TABLEAU 6: TABLEAU DES ROLES

Le tableau des rôles doit être rempli en 2 exemplaires:

- ↗ le premier (6.1) identifie les responsabilités **théoriques** des instances chargées de la gestion du centre de santé telles que définies par les règlements ou autres textes (écrits).
- ↗ le second (6.2) identifie la manière dont ces responsabilités sont **effectivement assumées** par ces mêmes instances au moment de l'évaluation.

2.6.1. INFORMATIONS NECESSAIRES

La première étape consiste à **collecter les textes** régissant le fonctionnement du centre de santé:

- ↗ les textes de lois, décrets, arrêtés, sont promulgués au niveau national;
- ↗ les conventions, agréments, signés entre le centre de santé et un ou plusieurs autres acteurs administratifs (Ministère le plus souvent); ces documents sont normalement disponibles au niveau de la région ou du district;
- ↗ les statuts, règlements intérieurs propres à l'établissement ou à une association; ils sont habituellement disponibles au centre de santé.

La deuxième étape consiste à **identifier les instances de gestion**. Il peut s'agir de:

- ↗ **Personnel soignant ou administratif** relevant de la fonction publique ou d'une collectivité territoriale;
- ↗ **Personnel soignant** directement employé par le centre de santé;
- ↗ **Etat (Ministère de la santé) et ses structures déconcentrées**: Préfecture, équipe - cadre de district;
- ↗ **Collectivités territoriales**: toutes les instances collectives élues (municipalité, communauté rurale de développement, etc.);
- ↗ **Représentants de la population**: Comité de gestion, Association de santé (association dont l'adhésion est **ouverte à toute la population**);
- ↗ **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);
- ↗ **Organisations de développement étrangères**: coopération multilatérale, bilatérale, décentralisée, ONG, Mission confessionnelle, etc.

Il importe de bien distinguer:

- ↗ le personnel mis à disposition par l'état ou une collectivité locale (catégorie 2), 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 4) et une mission religieuse (étrangère, catégorie 5).

Dans une troisième étape, identifier les fonctions et tâches de tous les acteurs impliqués dans le centre de santé, telles qu'elles sont définies dans les textes. Le **tableau des rôles théoriques** (tableau 6.1) est rempli à partir de ces sources officielles, en répondant à la liste des questions.

Quatrième et dernière étape: identifier précisément les rôles et responsabilités qu'assume aujourd'hui dans la réalité chaque instance de gestion en répondant aux questions du tableau 6.2. Le **tableau des rôles réels** (tableau 6.2) est ainsi établi par entretiens avec les différents acteurs.

2.6.2. MODE REMPLISSAGE DU TABLEAU 6.1 (TABLEAU THEORIQUE)

2.6.2.1. Remplissage par colonnes

Avant de commencer à remplir le tableau 6.1, il faut bien identifier tous les acteurs impliqués dans le management du centre de santé par une première lecture des textes réglementaires. Il est utile de donner une abréviation en 3 ou 4 lettres à chacun pour éviter le recopiage fastidieux des noms dans la colonne "**Acteurs**". Penser à indiquer la signification des abréviations sur le tableau lui-même.

• Exemples:

- ↪ MS = ministère de la santé,
- ↪ PRF = préfecture,
- ↪ ECD = équipe-cadre de district,
- ↪ COGE = comité de gestion,
- ↪ COSA = comité de santé,
- ↪ ASS = association de santé.

Note: Il peut très bien y avoir soit:
plusieurs acteurs indiqués pour une même tâche, si chacun en a une partie, ou si la décision est prise entre eux: si les textes sont imprécis ou ambigus, mettre un point d'interrogation à côté du nom des acteurs qui paraissent concernés;
aucun acteur indiqué (case blanche), s'il n'y a pas d'acteur désigné dans les textes pour cette tâche.

La colonne "**Commentaires**" permet de donner des précisions sur la façon dont l'acteur exerce cette responsabilité, des explications pour une tâche partagée par plusieurs acteurs, ou absente des textes.

2.6.2.2. Remplissage par lignes

Chaque ligne correspond à une tâche ou une fonction, formulée sous forme de question. Les textes d'où est issue l'information sont indiqués en bas du tableau. Les questions ont été classées en 6 groupes de A à F.

- ↪ le groupe A correspond à la propriété des biens du centre de santé;

- ↳ les groupes B à F correspondent aux tâches des acteurs dans le management du centre de santé: gestion des équipements, du personnel, des activités, de l'argent, et contrôle financier.

2.6.3. MODE REMPLISSAGE DU TABLEAU 6.2 (TABLEAU ACTUEL)

Le tableau 6.2 est identique au tableau 6.1. Seul son mode de remplissage diffère.

Le tableau 6.2 sert à identifier quelles sont les responsabilités réellement assumées par chacun des acteurs. Cette information est obtenue **en interrogeant les différents acteurs**:

- ↳ chef de centre,
- ↳ médecin-chef de district,
- ↳ président d'association (pour un centre associatif),
- ↳ comité de gestion, etc.

Il est important de bien préciser à chaque interview qu'il s'agit de dire ce qui est réellement fait aujourd'hui, et non de ce qui serait souhaitable, en s'appuyant sur des exemples concrets des derniers mois. Il peut être commode de photocopier le tableau des rôles pour disposer d'un exemplaire devant chaque personne ou groupe interviewé.

Comme pour le tableau théorique, la case "Acteurs" peut rester blanche, comporter plusieurs noms, ou un point d'interrogation, un commentaire venant apporter les précisions.

Les entretiens d'où est issue l'information sont indiqués en bas du tableau.

TABLEAU 6.2.: TABLEAU DES ROLES REELS (EXEMPLE)

Centre de santé de: BEKORATSAKA, MADAGASCAR	Année: 1997
--	--------------------

		ACTEURS	COMMENTAIRES
A. PROPRIETE DES BIENS			
1	qui est propriétaire du terrain?	Commune	
2	des bâtiments?	Commune	
3	du mobilier?		
4	du matériel médical?		
5	des véhicules?		Pas de véhicule
6	du stock de médicaments?	AAS	
7	des recettes du recouvrement des coûts?	AAS	
B. GESTION DES EQUIPEMENTS			
	<i>qui a le pouvoir de décider de:</i>		
1	réparer les bâtiments?	Commune	
2	faire de nouveaux aménagements?	Ministère de la Santé	
3	entretenir mobilier et matériel médical?	SSD	
4	entretenir et réparer les véhicules?	SSD	
5	renouveler les équipements (y compris les véhicules)?		
	<i>qui effectue l'entretien et la réparation:</i>		
6	entretien du terrain?	"Servant" (personnel titulaire)	
7	entretien et réparations des bâtiments?	AAS	
8	du mobilier et du matériel médical?	AAS	
9	des véhicules?	SSD	
C. GESTION DU PERSONNEL			
1	qui recrute le personnel "titulaire"??	Ministère de la Santé	
2	qui l'affecte au centre de santé?	Ministère de la Santé	
3	qui décide de sa rémunération?	Ministère de la Santé	
4	qui décide de ses heures de travail?	Personnel titulaire	
5	qui le supervise?	SSD	Supervisions irrégulières
6	qui assure sa formation continue?	SSD	Formation continue durant les supervisions
7	qui le contrôle, le motive et le sanctionne si nécessaire?	SSD	Autorité du SSD relative
8	qui recrute le personnel "contractuel"???	Commune	Pas de personnel contractuel au centre de santé
10	qui décide de sa rémunération?	Commune	Les autorités sanitaires n'y sont pas favorables
11	qui décide de ses heures de travail?		
12	qui le supervise?	SSD	
13	qui assure sa formation continue?	SSD	
14	qui le contrôle, le motive, le sanctionne?	SSD + commune	
D. GESTION DES ACTIVITES			
1	qui décide et planifie les activités?	Personnel	
2	qui définit la liste des médicaments?	Chef de Poste	
3	qui élabore les protocoles thérapeutiques?	Personnel	

TABLEAU 6.2. (SUITE DE L'EXEMPLE)

E. GESTION FINANCIERE DES RECETTES TARIFAIRES			
	<i>Décision:</i>		
1	qui décide des tarifs des médicaments?	Personnel + AAS	
	qui décide des tarifs des actes?	Personnel + AAS	
2	qui fait le budget prévisionnel?		
3	qui décide de l'utilisation des recettes?	Personnel + AAS	
4	qui est ordonnateur des dépenses?	Personnel + AAS	
	<i>Exécution:</i>		
5	qui délivre les médicaments?	Gérante PCV	La même personne cumule les fonctions de Gérante PCV et de Trésorière du Comité de gestion
6	qui délivre les billets de consultation?	Gérante PCV	
7	qui encaisse les recettes?	Trésorière	
8	qui dépose l'argent en banque?	Président AAS	
9	qui retire de l'argent en banque?	Président AAS	
10	qui fait les achats?	Personnel + AAS	
F. CONTROLE FINANCIER			
1	qui contrôle la caisse?	Contrôleur	Plus de contrôle depuis plusieurs mois
2	qui contrôle le stock des médicaments***?	Contrôleur	Plus de contrôle depuis plusieurs mois
3	qui contrôle la conformité des factures?	Contrôleur + UDAC	
4	qui fait le compte d'exploitation?		
5	qui fait le bilan financier?	UDAC	
6	qui peut demander un contrôle externe?		
7	qui prend les décisions face à un détournement?	Commune (?)	Aucun détournement constaté

AAS: Association des Amis de la Santé (représentants de la population)

PCV: Pharmacie Communautaire Villageoise

SSD: Services de Santé du District

UDAC: Unité d'Appui aux Comités de Gestion (ONG locale)

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

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

*** médicaments et petit matériel médical

Sources: entretiens avec le Chef de poste et la Gérante de la PCV

TABLEAU 6.1.: TABLEAU DES ROLES THEORIQUES

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

	ACTEURS	COMMENTAIRES
A. PROPRIETE DES BIENS		
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. GESTION DES EQUIPEMENTS		
	<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?	
C. GESTION DU PERSONNEL		
1	qui recrute le personnel " titulaire "*?	
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 " contractuel "**?	
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 " bénévole "?	
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?	
D. GESTION DES ACTIVITES		
1	qui décide et planifie les activités?	
2	qui définit la liste des médicaments?	
3	qui élabore les protocoles thérapeutiques?	

TABLEAU 6.1. (SUITE)

E. GESTION FINANCIERE DES RECETTES TARIFAIRES			
	<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?		
F. CONTROLE FINANCIER			
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?		

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

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

TABLEAU 6.2.: TABLEAU DES ROLES REELS

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

	ACTEURS	COMMENTAIRES
A. PROPRIETE DES BIENS		
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. GESTION DES EQUIPEMENTS		
	<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?	
C. GESTION DU PERSONNEL		
1	qui recrute le personnel " titulaire "*?	
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 " contractuel "**?	
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 " bénévole "?	
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?	
D. GESTION DES ACTIVITES		
1	qui décide et planifie les activités?	
2	qui définit la liste des médicaments?	
3	qui élabore les protocoles thérapeutiques?	

TABLEAU 6.2. (SUITE)

E. GESTION FINANCIERE DES RECETTES TARIFAIRES			
	<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?		
F. CONTROLE FINANCIER			
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?		

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

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

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

3.1. LES DETERMINANTS LIES AU FONCTIONNEMENT DES SERVICES DE SANTE

S1. Bassin démographique

- *Nombre de personnes habitant dans l'aire d'attraction du centre de santé:*

= à moins de 1 kilomètre:

= à moins de 5 kilomètres:

- *Accessibilité géographique:* $\frac{\text{population de l'aire d'attraction (0-5 km)}}{\text{population de l'aire de responsabilité}}$ (en %)

= _____ =

(source des données: tableau 1)

S2. Adéquation des médicaments

- *Disponibilité des médicaments:*

Elle est étudiée sur 12 mois sur une sélection de 10 médicaments "vitaux" (à adapter si nécessaire):

NOMBRE DE JOURS DE RUPTURE

1. *Acide acétylsalicylique* cp. 500 mg
2. *Amoxicilline* cp. 500 mg
3. *Chloroquine* cp. 100 mg
4. *Cotrimoxazole* cp. 480 mg
5. *Ergométrine* amp. inj. 0,2 mg
6. *Fer - acide folique* cp.
7. *Métronidazole* cp. 250 mg
8. *Paracétamol* cp. 500 mg
9. *Quinine* amp. inj. 250 mg
10. *Sels de Réhydratation Orale* sachets

TOTAL:

- *Indicateur: disponibilité des médicaments (D)*

$$D = \frac{10 \times 365 - \text{somme jours rupture de chaque médicament "vital"}}{10 \times 365} =$$

Commentaire:

(Source de données: fiches de stock)

• **Adéquation de la liste des médicaments:**

1. Compter le nombre de présentations* en stock au moment de l'évaluation ou ayant été présentes à un moment donné de l'année considérée.
2. Existe-t-il une liste de médicaments essentiels pour le niveau centre de santé? Si oui, joindre une copie.
3. Si une liste existe, est-elle respectée? Faire la liste des présentations* existantes en plus et de celles qui manquent de la liste souhaitée.

Présentations manquantes:

Présentations en plus:

4. Quelle est la proportion des génériques (en DCI)?

= nombre présentations* en génériques / nombre total présentations* = _____ =

5. Quelle est la proportion des injectables ?

= nombre présentations* injectables / nombre total présentations* = _____ =

* compter une présentation pour chaque formulation des médicaments: Amoxicilline 250 mg, et Amoxicilline 500 mg = 2 présentations. Normalement, il y a une fiche de stock par présentation. Ne pas compter les consommables médicaux (seringues, aiguilles, perfuseurs, compresses, bandes...).

Commentaires:

(Source de données: fiches de stock, et stock de médicaments)

S3. Adéquation des bâtiments

Remplir le tableau ci-dessous à partir des questions suivantes:

☞ toutes les pièces de la liste existent-elles ?

☞ pour chaque pièce, indiquer quel est l'état du bâtiment (niveau de dégradation et de saleté)

LISTE DES PIECES	EXISTENCE (oui/non)	ETAT DES PIECES
Salle de consultation		
Salle de soins/pansements		
Salle de consultation prénatale		
Salle de vaccination		
Salle d'accouchement		
Maternité		
Espace d'attente		
Pharmacie		
Magasin		
Laboratoire		

Lits d'observation femmes		
Lits d'observation hommes		

Les lignes vides servent à noter des pièces supplémentaires

Commentaires :

(Source de données: observation des bâtiments)

S4. Adéquation des équipements

Une liste de 10 équipements de base sert de test. Remplir le tableau à partir des questions suivantes:

☞ tous les équipements de la liste sont-ils présents ? oui/non

☞ sont-ils utilisés ? oui/non, et pourquoi ?

LISTE DES EQUIPEMENTS	EXISTE? oui/non	EQUIPEMENT UTILISE? oui/non...et pourquoi
Table d'examen		
Table d'accouchement		
Réfrigérateur		
Stérilisateur (préciser le type:)		
Tensiomètre		
Stéthoscope		
Stéthoscope obstétrical		
Balance adulte		
Balance nourrisson		
Véhicule 2 roues (préciser le type:)		

Les lignes vides servent à noter des **gros équipements** supplémentaires tels que automobile, groupe électrogène, panneaux solaires, congélateur, matériel de laboratoire...

Commentaires :

(Sources de données: liste de matériel et observation des équipements)

S5. Nombre et qualification du personnel

• *Nombre*

↪ Effectif par catégorie par habitant: p. ex. 1 infirmier DE et 2 infirmiers brevetés pour 6300 habitants dans la zone de responsabilité = 1 infirmier pour 2100 habitants (à comparer avec la norme nationale).

↪ Rapport nombre de soignants / nombre de non-soignants

↪ Estimation de la charge de travail du personnel par le nombre moyen d'actes curatifs par jour et par personne:

= $\frac{\text{nb consult curatives nouveaux cas et anciens cas de la période}}{\text{nb personnes temps plein affectés à consult curative hors garde x nb jours ouvrables période}}$

= _____ =

(Source de données: tableaux 1, 2 et 3 - chef de centre pour le nombre de personnes travaillant à la consultation curative)

• *Qualification*

↪ Quel est le niveau du personnel le plus qualifié: médecin, sage-femme, infirmier DE, ou aucun personnel n'est-il qualifié (3 ans et + d'études)?

↪ Rapport nombre de soignants qualifiés (3 ans et + d'études) / nombre total de soignants

(Source de données: tableau 3)

Commentaires:

S6. Motivation du personnel

Répondre aux questions suivantes:

1. *Motivation financière:*

- Le personnel touche-t-il des primes?
- Si oui, sont-elles fixes, conditionnelles, et dans ce cas, liées à quelles conditions?
- Quelle est la part des primes dans la rémunération totale?
- Quel est le niveau de vie du personnel soignant?

Comparer le salaire au salaire minimum local net ou au produit intérieur brut mensuel par habitant.

2. *Motivation matérielle non financière:*

- Le personnel a-t-il des avantages en nature (logement, véhicule, soins ou médicaments gratuits ou remboursés, etc.)?
- Le personnel a-t-il des perspectives d'évolution de carrière?
- La hiérarchie prend-elle des sanctions ou prononce-t-elle des promotions?
- Le personnel a-t-il la sécurité de l'emploi?

3. *Motivation non matérielle:*

- Le personnel a-t-il une bonne image auprès des patients et dans la population?
- Le personnel a-t-il des conditions de travail satisfaisantes (horaires, congés, matériel...)?
- Chaque personnel a-t-il un descriptif de poste, avec des objectifs quantifiés, avec des procédures standardisées pour ses différentes tâches?
- Est-il supervisé régulièrement?
Nombre de supervisions durant les 12 derniers mois:

- Bénéficie-t-il de conseils lors de la supervision pour résoudre ses problèmes?
- Le personnel bénéficie-t-il de formation continue?
- Existe-t-il un centre de documentation au niveau du district que le personnel peut utiliser pour son auto-formation? Si oui, est-il utilisé?

(Source de données: tableau 5 et entretiens avec le personnel, le comité de gestion, l'équipe-cadre de district)

S7. Permanence des services

Répondre aux questions suivantes, en se limitant à la consultation curative. Poser les questions pour les dernières semaines de fonctionnement pour avoir des réponses précises.

- Quels sont les horaires d'ouverture ?
- Quel est le nombre total d'heures où le centre de santé est ouvert (les jours ouvrables)?
- Y a-t-il une permanence en dehors de ces heures d'ouverture:
Les jours ouvrables?
Le week-end ?
- Sur combien de personnes repose ce service de garde?
- Quelle est la qualification des personnes qui font la consultation curative (durant les heures normales, durant les gardes)?

- Le personnel a-t-il été absent fréquemment ou pour une longue période?
Estimer le nombre de jours au cours des trois derniers mois.

- Si oui, pour quels motifs (maladie, deuil, formation...)?

Commentaire:

(Source des données: entretiens auprès du Chef de centre et auprès de l'instance représentative de la population)

Questions complémentaires (optionnelles):

En cas d'enquête en population, on peut demander directement aux patients si les horaires d'ouverture du centre de santé sont respectées et si elles leur conviennent.

S8. Accueil des patients

Les sept éléments les plus importants pour les patients sont: (1) l'empathie, (2) l'écoute, (3) le dialogue, (4) le faible temps d'attente, (5) la confidentialité, (6) l'organisation des services, (7) la délivrance d'informations[17].

La qualité de l'accueil s'évalue par observation du personnel en consultation (points 1 à 4) et par observation de l'organisation du centre (points 5 à 7). Pour chaque point, indiquer si les critères d'évaluation sont remplis.

1. *l'empathie*: le soignant sait se mettre à la place du malade, il l'accueille (le regarde, le salue, lui sourit).
2. *la capacité d'écoute*: il prend le temps d'écouter ce que dit le malade, lui pose des questions pour approfondir, reformule la demande du malade.
3. *le dialogue*: le soignant donne des informations au patient sur sa maladie, répond à ses interrogations, explique le traitement, s'assure qu'il a été compris.
4. *le faible temps d'attente*: longueur de la file d'attente. Interroger les personnes présentes sur la durée de leur attente.
5. *la confidentialité*: le lieu de la consultation est suffisamment fermé pour que le patient puisse dire des choses personnelles et se déshabiller pour l'examen sans être gêné.
6. *l'organisation des activités*: les horaires de début et fin de consultation sont respectés, la délivrance des médicaments est immédiate après la consultation.
7. *la délivrance d'informations sur le fonctionnement des services*: les fonctions des pièces sont écrits, les tarifs et les heures d'ouverture sont affichés.

Commentaire:

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.

S9. Organisation des services

Répondre aux questions suivantes:

- le "paquet minimum" de services est-il défini?
- est-il disponible ?
- équilibre entre soins curatifs et soins préventifs:
comparer les taux d'utilisation de la consultation curative et ceux des principaux services préventifs (consultation prénatale, accouchements, vaccination).

D'autres questions (facultatives) sont possibles:

- Y a-t-il une carte sanitaire de l'aire de santé, avec des points de stratégie avancée définis?
Quels sont les services faits en stratégie avancée?
- Les enfants de moins de 5 ans malades sont-ils systématiquement pesés, et leurs vaccinations vérifiées?
- Y a-t-il des arbres de décision diagnostic et traitement et sont-ils utilisés?
- Y a-t-il une fiche de référence à l'hôpital de district, est-elle utilisée?
- Les rapports mensuels d'activités sont-ils faits?
Nombre de rapports durant la période de l'évaluation.
- Y a-t-il une programmation annuelle, trimestrielle ou mensuelle, des activités du centre de santé, sur quelles activités porte-t-elle?

Commentaire :

(Source des données: tableau 2, observation du centre en fonctionnement, et entretiens avec le personnel, le comité de gestion, l'équipe-cadre)

S10. Qualité des soins

- *Qualité des soins*

↳ Taux de référence

= nombre cas référés / nombre nouveaux cas en consultation curative (valeur idéale : 5%)

= _____ =

↳ Taux de retour en CPN
= nombre CPN3 / nombre CPN1 (valeur idéale : 100%)

= _____ =

↳ Taux de retour du DTC
= nombre DTC3 / nombre DTC1 (valeur idéale : 100%)

= _____ =

(Source de données: tableau 2)

- **Usage rationnel du médicament**

↳ nombre moyen de médicaments par ordonnance (norme : ≤ 2 à 3):

↳ % d'ordonnances avec un injectable au moins ou avec perfusion (norme non définie - les injections devraient être réservées aux cas où la voie orale est impossible):

↳ % d'ordonnances avec un antibiotique au moins ou métronidazole (norme non définie - les antibiotiques devraient être réservés aux infections bactériennes):

(Source de données: sondage "prescriptions")

L'interprétation de ces indicateurs, pour lesquels il n'y a pas toujours de norme, est à replacer dans le contexte du pays, avec notamment l'existence ou non d'arbres de décision standardisés. Une analyse plus fine des prescriptions peut être nécessaire pour évaluer l'usage "abusif" d'antibiotiques ou d'injectables.

Si le système d'information comporte la proportion des ordonnances "conformes" à une norme donnée, l'indiquer ici:

S11. Déterminants inaccessibles du fonctionnement des services

Répondre aux questions suivantes:

- Les soins de santé primaires et le district de santé font-ils l'objet d'une déclaration de politique sectorielle?
- Y a-t-il une politique de décentralisation?
- Si oui, indiquer les niveaux de pouvoirs décentralisés (communes, p. ex.):
- La décentralisation est-elle appliquée dans la zone du centre de santé?
- Est-elle accompagnée d'une décentralisation des budgets?
- Les associations sont-elles reconnues comme acteurs de la société civile?

- La région ou le pays sont-ils en proie à des troubles (civils ou militaires) perturbant le fonctionnement normal des institutions?
- L'état est-il un partenaire crédible et influent dans la zone du centre de santé?

Commentaire :

(Source des données: entretiens avec le personnel, le comité de gestion, l'équipe-cadre)

3.2. INDICATEURS ET DETERMINANTS ECONOMIQUES

E1. Capacité de financement propre

- *CFP des coûts de fonctionnement* = B/X = total financé par population / coûts fonctionnement

$$= \text{_____} =$$

- *CFP des coûts de fonctionnement plus amortissement* = B/A
= total financé par population / coûts fonctionnement + amortissements

$$= \text{_____} =$$

(Source des données: tableau 5)

E2. Capacité de financement interne

- *CFI des coûts de fonctionnement* = $(B+C+D+E)/X$
= total financé hors projet et aide extérieure / coûts fonctionnement

$$= \text{_____} =$$

- *CFI des coûts de fonctionnement plus amortissement* = $(B+C+D+E)/A$
= total financé hors projet et aide extérieure / coûts fonctionnement + amortissements

$$= \text{_____} =$$

(Source des données: tableau 5)

E3. Les CFP optionnelles

- *CFP du médicament* = $B / (m1+m2)$
= total financé par population / coûts en médicaments = _____ =

CFP du personnel = $B / (p1+p2+p3+p4+p5)$
= total financé par population / coûts en personnel = _____ =

(Source des données: tableau 5)

E4. Prix des prestations

- **Recette moyenne par cas vu en consultation curative:**

= Recettes tarifaires totales des consultations* + laboratoire + soins infirmiers + médicaments

Nb total de consultations curatives nouveaux cas pendant la même période

= _____ =

* nouveaux + anciens cas

(Source de données : tableau 4 pour les recettes et tableau 2 pour les nombres d'actes)

- **Recette médiane:**

Disponible si le sondage dans le registre de consultation permet de retrouver le prix payé dans le livre de caisse, pour la consultation, les médicaments, les soins, et le laboratoire.

Rappel: la médiane est la valeur qui sépare les 50% de prix supérieurs des 50% de prix inférieurs: pour un échantillon de 200, c'est la moyenne entre la 100ème et la 101ème valeur; pour un échantillon de 201, c'est la 101^{ème} valeur.

(Source des données: sondage "prescriptions")

Interprétation:

- **Nombre de jours de travail nécessaires avec le salaire minimum:**

= recette médiane (ou moyenne) par nouveau cas
salaire minimum journalier*

= _____ =

* si on ne connaît que le salaire mensuel, salaire journalier = salaire mensuel / 21

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

Remplir le tableau ci-dessous avec les prix des autres offres de soins allopathiques locales (dans la mesure où ces informations sont disponibles).

AUTRES OFFRES CURATIVES	TARIF *

* Tarif = prix consultation curative + prix médicaments (forfait ou prix médian de l'ordonnance) + actes de soins ou de laboratoire.

(Sources: tableau 1 pour le salaire minimum, entretiens avec l'équipe-cadre, le personnel du centre, et le comité de gestion pour les autres offres de soins)

E5. Recouvrement des recettes

On définit un indicateur de recouvrement des recettes = recettes perçues / recettes attendues.

Le ratio obtenu est un indicateur de contrôle de la perception des recettes et plus largement de la fonctionnalité du système de gestion.

Il varie de 0 à 1 (ou 100%), la valeur idéale étant de 100%.
Un écart de quelques % est fréquemment observé en raison de petites erreurs de report.

• **Recettes des actes curatifs:**

- ↪ Recettes perçues = montant perçus par paiement direct des consultations curatives anciens cas et nouveaux cas et inscrites dans les livres de caisse.
- ↪ Recettes attendues = nombre de consultations curatives effectuées et soumises à tarification pendant la même période x prix unitaire

Si les prix des consultations adulte et enfant sont différents, ou les prix anciens cas et nouveaux cas, ou les prix adhérents et non-adhérents, il faut calculer les recettes attendues pour chaque catégorie de tarif, et les ajouter.

En pratique, si l'écart observé est jugé trop important par l'évaluateur, il pourra procéder par sondage à un contrôle plus précis en englobant toutes les catégories d'actes.

(Source des données : tableau 2 (activités) et tableau 4 (prix unitaires et recettes tarifaires))

• **Recettes des médicaments:**

- ↪ Recettes perçues = montant perçu par paiement direct des médicaments et inscrit dans le livre de caisse
- ↪ Recettes attendues = quantité consommée x prix unitaire de chaque présentation

Le fait qu'il y ait eu un inventaire des médicaments en début et fin de période donne une grande fiabilité à cet indicateur. Elle est beaucoup plus faible s'il n'est basé que sur les fiches de stock.

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. C'est d'ailleurs un inconvénient majeur de ce système que d'être peu contrôlable.

(Source des données: tableau 4, ligne ordonnances, liste des prix unitaires, et fiches de stock)

E6. Utilisation rationnelle des ressources

- **L'adéquation des ressources humaines, et des équipements et consommables** a été évaluée dans les encadrés S2, S3, S4. Ce sont aussi des indicateurs de l'utilisation rationnelle des ressources dans le centre de santé.

• **Part des coûts de personnel et de médicaments**

En l'absence de référence à un budget-type de centre de santé, 2 indicateurs sont intéressants:

Taux (a): coûts de personnel/ coûts totaux de fonctionnement = $(p1+p2+p3+p4+p5) / X$

$$= \frac{\quad}{\quad} =$$

Taux (b): coûts médicaments et consommables médicaux / coûts totaux de fonctionnement
= $(m1 + m2) / X$

$$= \frac{\quad}{\quad} =$$

Interprétation:

Dans un système rationalisé, (a) évolue entre 50 et 60 % et (b) entre 25 et 35 % des coûts de fonctionnement hors amortissements.

(Source: "Les relations services de santé et population"; CIDR / GTZ; p. 26)

(Source des données: tableau 5)

E7. Déterminants inaccessibles

Répondre aux questions suivantes:

- La capacité contributive des ménages de la zone est-elle connue (par des enquêtes)?
- L'état assume-t-il ses financements (salaires, subventions) en totalité et sans retard? Sinon, indiquer le montant des financements en attente, et les retards.
- La concurrence avec d'autres services de soins de santé primaires a été vue à l'encadré E4.

Commentaire:

(Source des données: entretiens avec le personnel, le comité de gestion, l'équipe-cadre)

3.3. INDICATEURS ET DETERMINANTS INSTITUTIONNELS

I1. Respect des fonctions

Faire la liste des:

- *Rôles non attribués dans la réalité mais définis dans les textes (zones de non-décision):*
- *Rôles joués par les "mauvais" acteurs (zones de confusion) = rôles joués par des acteurs autres que prévus, ou avec plusieurs acteurs:*

Commentaire :

(Source des données: comparaison des tableaux 6.1 et 6.2)

I2. Utilisation des outils et procédures de gestion

Pour chaque outil ou procédure, indiquer dans le tableau suivant s'il(elle) existe et s'il(elle) est utilisé(e) :

(Source des données: textes réglementaires et entretiens avec le comité de gestion)

OUTILS ET PROCEDURES	EXISTE? oui/non	UTILISES? oui/non... et pourquoi?
Reçus avec double ou souche		
Ordonnancier avec double ou souche		
cahier de caisse		
Fiches de stock		
Fiches amortissement		
Registre de consultation curative		
Registre de consultations prénatales		
Registre d'accouchements		
Registres d'autres activités		
Rapprochement recettes perçues / recettes attendues (actes, médicaments)		
Rapprochement livre de caisse / argent disponible		
Rapprochement facture de médicaments / entrées en stock		
Rapprochement fiches de stock / médicaments (inventaire)		
Compte de résultat :		
Bilan :		
Programme d'activités annuel		
Budget prévisionnel annuel		
Audit externe		

I3. Efficacité du contrôle interne

Voir encadrés E5 (Recouvrement des recettes) et E6 (Utilisation rationnelle des ressources):

- Y a-t-il eu un (ou des) détournement(s) d'argent durant les trois dernières années?
- Si oui, de quel montant?
- Que s'est-il passé (remboursement, poursuites, rien, etc.)?

(Sources: encadrés E5 et E6, entretiens avec l'équipe-cadre, le comité de gestion, le personnel)

14. Organigramme des relations entre instances de gestion

A partir du **tableau des rôles théorique**, réaliser un organigramme représentant les différents acteurs et les relations hiérarchiques et de coordination qui existent entre (qui contrôle qui?).

- ↗ une flèche en trait plein symbolise une relation hiérarchique du supérieur vers l'inférieur,
- ↗ un trait pointillé indique une relation de collaboration sans lien hiérarchique,
- ↗ sous chaque rubrique représentant une instance de gestion, mettre les fonctions affectées à chacune conformément à ce qui est indiqué dans le tableau des rôles théorique,
- ↗ un petit commentaire détaille pour chaque relation les bons fonctionnements et les dysfonctionnements observés par rapport à la situation théorique,
- ↗ les titres des rubriques sont à adapter selon le cas étudié.

ETAT
-
-
-
-
-

AIDE INTERNATIONALE
-
-
-
-
-

COLLECTIVITE TERRITORIALE
-
-
-
-
-

REPRESENTANT POPULATION
-
-
-
-
-

(Source des données: tableaux des rôles 6.1 et 6.2)

I5 Capacité du comité de gestion

• *Compétences*

- ↪ Combien de membres du comité de gestion savent lire, écrire et compter ?
- ↪ Quel est la dernière classe fréquentée par les membres du bureau du comité de gestion?
- ↪ Combien de membres du bureau du comité de gestion ont des compétences en gestion, et en particulier savent lire un document comptable?

• *Motivation*

- ↪ Nombre de réunions du comité de gestion en un an:
- ↪ Nombre de membres en moyenne présents lors des réunions du comité de gestion:
Tous ? Plus de la moitié ? La moitié ? Moins de la moitié ?
- ↪ Quelles sont les 5 dernières décisions prises par le comité de gestion?
Indiquer pour chacune si elle a été mise en application:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)

- ↪ Les membres du bureau du comité de gestion touchent-ils des indemnités?
Si oui, quels membres?
Quel est leur montant?
Quel est le mode de calcul de ces indemnités?
Quel est le pourcentage de ces indemnités par rapport aux recettes tarifaires?

(Sources: entretiens avec le comité de santé et le personnel du centre)

I6. Convention et services d'appui - conseil

- Une convention contractualise-t-elle les rôles entre les acteurs du centre de santé?
Si oui, joindre un exemplaire de la convention.
- Y a-t-il des services externes d'appui-conseil au comité de gestion?
Si oui, décrire leurs activités en rapport avec le centre de santé (formation, suivi-évaluation, audit...).

(Sources: entretiens avec le comité de gestion, le chef de centre, et l'équipe-cadre)

I7 - Déterminants institutionnels inaccessibles

Répondre aux questions suivantes :

- Quels sont les rôles non définis par les textes?
(cases blanches dans le tableau des rôles théoriques 6.1)
- Le comité de gestion a-t-il la personnalité morale?
Oui Ž Non Ž
- La politique de décentralisation et la reconnaissance des associations ont déjà été vues à l'encadré S11.

Commentaires :

(Source des données: tableau 6.1 (textes réglementaires), encadré S11, entretiens avec le comité de gestion et les autorités sanitaires de district)

ANNEXE: SONDAGE "PRESCRIPTIONS"

METHODE DE SONDAGE DANS LE REGISTRE DE CONSULTATIONS CURATIVES

1. OBJECTIFS

Ce sondage a plusieurs objectifs:

⇒ Déterminer l'utilisation des consultations curatives en fonction de la distance de résidence (≤ 1 km, et]1-5] km).

Ce sondage ne peut être fait que si le village de résidence des consultants nouveaux cas est indiqué dans le registre de consultation. Il faut établir trois listes de villages: ceux situés à moins de 1 km du centre de santé, ceux situés de 1 à 5 km, et ceux situés à plus de 5 km du centre de santé.

⇒ Analyser les prescriptions: nombre de médicaments, fréquence de prescription d'antibiotiques, d'injectables.

⇒ Déterminer la recette médiane de la consultation curative par cas (consultation + traitement + laboratoire + soins).

2. METHODE DE SONDAGE

Sondage sur 200 patients nouveaux cas:

1. Compter le nombre de consultants nouveaux cas de l'année. Diviser par 200. On obtient le "pas de sondage".

2. Choisir un numéro au hasard compris entre 1 et le pas de sondage.

Pour cela, prendre un billet de banque dans la caisse du centre de santé et lire les derniers chiffres (autant de chiffres qu'il y a dans le pas de sondage). Si le nombre lu sur le billet est plus grand que le pas de sondage, lire sur le billet suivant. Le premier patient est celui qui porte ce numéro: relever la distance de son lieu de résidence au centre de santé.

3. Pour trouver le suivant, ajouter le pas de sondage au nombre lu sur le billet. Progresser en ajoutant à chaque fois le pas de sondage, jusqu'à la fin de la liste des patients.

3. EXEMPLE

3562 consultations curatives "nouveaux cas" dans l'année:

$$\hookrightarrow \text{pas de sondage} = 3562 / 200 = 17.81 \approx 18$$

- ↪ les deux derniers chiffres du billet de banque: 95, soit un nombre > 18 , donc prendre un autre billet => billet suivant = 09
- ↪ chercher le patient 09, noter la distance domicile du patient / centre de santé en utilisant la liste des villages par distance, relever son ordonnance, trouver le prix payé par ce patient;
- ↪ puis chercher le patient $09+18 = 27$; puis $27+18 = 45$; puis $45+18 = 63$, etc.

4. CAS PARTICULIER

Si les patients ne sont pas numérotés en continu (ex : retour à 1 en début de mois), recréer une numérotation continue en calculant les totaux cumulés de mois en mois: le 31 janvier, le dernier patient est le n° 468 => le 1er février, le patient n°1 devient le $468+1 = 469$, etc. pour tous les patients de février.

5. RESULTAT

Ce sondage donne, sur un échantillon de 200 consultants "nouveau cas":

⇒ **La répartition des consultants en % selon la distance (≤ 1 km, et [1-5] km):**

En multipliant ce % par le nombre de consultants nouveaux cas de la période, on obtient une estimation du nombre de consultations curatives nouveaux cas par an pour chaque aire d'attraction.

En divisant ce nombre de consultations par la population de l'aire correspondante, on obtient les 2 taux d'utilisation en fonction de la distance (tableau 2).

⇒ **Le type d'ordonnance prescrite:**

Calcul du nombre moyen de médicaments par prescription, fréquence des ordonnances contenant au moins un antibiotique, au moins un injectable (encadré S10).

⇒ **La recette médiane du traitement du consultant nouveau cas:**

Ranger les coûts par ordre croissant du plus petit au plus grand: la médiane est la valeur qui sépare l'échantillon en deux moitiés égales en nombre.

La valeur médiane sera donc la moyenne entre la 100^{ème} et la 101^{ème} valeur, pour un échantillon de 200, ou la 101^{ème} valeur pour un échantillon de 201 patients (encadré E4).

FICHE DE RECUEIL DE DONNEES
POUR LE SONDAGE "PRESCRIPTIONS"

N° du patient	Distance domicile / centre de santé	Nombre de lignes de prescription sur l'ordonnance	Nom des médicaments prescrits	1 antibiotique au moins ou métronidazole	1 injectable au moins ou perfusion	Prix ordonnance	Prix autres prestations
----------------------	--	--	--------------------------------------	---	---	------------------------	--------------------------------

--	--	--	--	--	--	--	--