



Le système de santé de district

Éditeurs:
Helmut Görgen
Thomas Kirsch-Woik
Bergis Schmidt-Ehry

Le système de santé de district

Expériences et perspectives en Afrique

Manuel à l'intention des professionnels
de la santé publique

Schriftenreihe der GTZ, n° 277

Le système de santé de district

Éditeurs :
Helmut Görgen
Thomas Kirsch-Woik
Bergis Schmidt-Ehry

Le système de santé de district

Expériences et perspectives en Afrique

Manuel à l'intention des professionnels
de la santé publique

Wiesbaden, 2^{ème} édition 2004

Publié par : Deutsche Gesellschaft für
Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH
Postfach 5180 · 65726 Eschborn, Allemagne
Internet : [http ://www.gtz.de](http://www.gtz.de)
Division 4300 – Santé, education, protection sociale

Éditeurs : Helmut Görger, Thomas Kirsch-Woik,
Bergis Schmidt-Ehry

Relecture scientifique : Pr. Michael Krawinkel (Université de Giessen),
Joseph M.Kasonde (Zambie, OMS)

Rédaction linguistique : Béatrice Cécé, Barbara McLaughlan

Photos : Helmut Görger (sauf indication contraire)

Layout : FREIsign GmbH, Wiesbaden

Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme

Le système de santé de district: Manuel à l'intention des professionnels de la
santé publique
(Schriftenreihe der GTZ ; n° 277)
ISBN 3-88085-536-6

Editorial

L'idée de publier une seconde édition actualisée du manuel sur le système de santé de district (SSD) en Afrique s'est imposée lorsque nous avons constaté que les retirages de la première édition de 1993 étaient épuisés, ce qui démontre bien sa popularité et sa pertinence. Il ne fait aucun doute que le système de santé de district reste l'élément principal du développement du système de santé et que, compte tenu des tendances à la décentralisation constatées dans de nombreux pays, il n'a cessé de prendre de l'importance. Le manuel est conçu pour aider ceux qui, sur le terrain, participent à la réforme des systèmes de santé en général ou s'efforcent d'améliorer les systèmes de santé de district dans les pays à faible revenu, surtout en Afrique.

La GTZ s'est fortement engagée dans le développement des systèmes de santé et soutient depuis 20 ans la mise en œuvre des systèmes de santé de district dans une vingtaine de pays africains. Le manuel s'appuie sur la vaste expérience que les collaborateurs/trices de la GTZ ont acquise sur le continent africain. Toutefois, cela ne veut pas dire que les systèmes de santé de district ne conviennent que pour l'Afrique. Les districts jouent également un rôle-clé dans les systèmes de santé nationaux d'Amérique latine et d'Asie. Si le présent manuel est axé sur les SSD d'Afrique, c'est parce que ce continent est le plus négligé, qu'il est en permanence victime de crises socio-économiques et d'épidémies et qu'il a bien évidemment besoin d'un soutien plus appuyé que les autres continents.

Au total, 18 auteurs ont contribué à la réalisation du manuel sur la base d'expériences individuelles acquises dans le cadre de projets et de programmes mis en œuvre par la GTZ en Afrique. De nombreux autres collègues, aussi bien africains qu'européens, ont participé à ces projets et programmes et auraient pu tout aussi bien contribuer à la préparation de ce manuel. Le grand nombre d'auteurs indique à quel point la GTZ participe au développement de systèmes de santé appropriés offrant des services de bonne qualité malgré le peu de ressources disponibles. On peut considérer que le présent manuel représente l'expérience collective de la GTZ dans le domaine du développement des systèmes de santé de district.

La coordination de la rédaction d'un manuel rédigé par 18 auteurs est bien évidemment une opération complexe qui prend du temps. Nous avons commencé nos travaux il y a plus de deux ans. Malgré notre perception commune des principales stratégies et des concepts essentiels de santé publique, et notre accord sur ce point, il y a eu des divergences d'opinions sur de nombreux points de détail et il a fallu de longues discussions avant de parvenir à un consensus. Certaines divergences peuvent néanmoins persister. Il serait d'ailleurs utile de remettre régulièrement le manuel à jour, en fonction de l'expérience internationale la plus récente, acquise grâce à de nouvelles méthodes et à de nouvelles approches. Ce manuel ne peut donc prétendre donner une vue d'ensemble complète de tous les concepts et de toutes les stratégies à appliquer dans un système de santé de district, et il n'aspire pas à le faire. Notre objectif est de couvrir les principaux domaines prioritaires, mais nous considérons que le manuel laisse une place aux divergences d'opinions et qu'il peut même susciter des discussions controversées. Du moment que le débat contribue à renforcer le développement des systèmes de santé de district, il est le bienvenu.

Le manuel s'adresse à tous ceux qui participent à la conceptualisation du SSD et à la mise en œuvre de ces concepts ainsi qu'à ceux qui contribuent à la réussite de ce processus, aussi bien au plan national qu'international, dans le contexte de la coopération au développement. Nous proposons que ce groupe cible soit celui des « professionnels de santé publique ».

La nature du manuel est adaptée au groupe cible envisagé. Loin d'être un manuel scientifique traitant de divers concepts et stratégies de santé publique, il s'efforce de souligner ce dont on a besoin pour mettre en œuvre un système de santé de district efficace. A partir de concepts basés sur les preuves scientifiques nécessaires à la bonne compréhension de ce que doit être un SSD, le manuel met un accent particulier sur les compétences nécessaires et les méthodes opérationnelles utiles et recommandées pour la mise en œuvre efficace de ces concepts. En un mot, la compréhension conceptuelle est abordée en premier et elle est suivie d'une discussion sur la mise en œuvre qui s'efforce de donner des lignes directrices plutôt que des recettes toutes prêtes quant aux actions à entreprendre.

La publication du présent manuel a été financée par des fonds du BMZ (ministère fédéral allemand de la Coopération économique

et du Développement) destinés à la diffusion des expériences vécues (enseignements acquis) par les institutions allemandes participant à la coopération au développement. Le manuel est enregistré avec un numéro ISBN afin de faciliter sa diffusion à l'échelle internationale.

Clause limitative de responsabilité :

Les responsables de la publication ont fait tout ce qui était en leur pouvoir pour s'assurer que les informations fournies dans le présent manuel sont actuelles, complètes et exactes. Malgré tout, il n'est pas totalement impossible que le manuel renferme des erreurs ou des inexactitudes. Les responsables de la publication déclinent toute responsabilité quant à la pertinence, l'exactitude ou l'exhaustivité des informations fournies dans le document. Tout recours en responsabilité pour cause de dommages dus à l'utilisation de ces informations, même incomplètes ou erronées, sera par conséquent rejeté. Cela concerne les pertes, les frais supplémentaires ou les dommages de toute sorte qui pourraient être subis suite à l'utilisation de toute information fournie dans le présent document.

Droits d'auteur :

La mise en page du document, des articles, des graphiques et des images ainsi que les contributions individuelles sont protégées par le droit d'auteur.

Des extraits des informations contenues dans le document peuvent être analysés, reproduits ou traduits aux fins de recherche ou d'étude privée mais pas à des fins commerciales. Toute utilisation des informations contenues dans le présent document doit citer la source, la GTZ en l'occurrence. La reproduction ou la traduction de parties importantes du document, ou toute autre utilisation de ce dernier à des fins autres qu'éducatives et non commerciales, nécessite une autorisation préalable explicite par écrit. Les demandes d'utilisation ou de renseignements doivent être adressées à la GTZ.

Helmut Görden, Thomas Kirsch-Woik, Bergis Schmidt-Ehry
Février 2004

Auteurs

Assia Brandrup-Lukanow, MD, MA Psych, MSc CTM, DTM&H

Directrice de la division Santé, Education et Protection sociale, GTZ (Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit), ancienne conseillère régionale de santé reproductive, bureau régional de l’OMS pour l’Europe. Principaux domaines de spécialisation : réforme des systèmes de santé, santé reproductive dans les milieux pauvres en ressources, questions liées au genre et à la santé, santé de la femme, santé de l’enfant, santé de l’adolescent, financement des soins de santé, qualité des soins. Géographiquement, ses travaux ont surtout porté sur les nouveaux Etats indépendants (surtout les républiques d’Asie centrale et la Fédération de Russie) ainsi que sur les pays d’Europe centrale et orientale (Albanie, Bulgarie, Roumanie, Kosovo). Elle a également travaillé au Rwanda, en Gambie et au Yémen.

E-mail : assia.brandrup-lukanow@gtz.de

Hans Jochen Diesfeld, Prof., MD, DTPH (Londres)

Ancien directeur de l’Institut d’hygiène tropicale et de santé publique à l’université de Heidelberg (jusqu’en 1997). Principaux domaines de spécialisation : recherche sur les systèmes de santé dans les pays en développement, spécialement orientée sur l’interaction entre les utilisateurs et les prestataires de services de santé, politiques de santé internationales, aspects médico-anthropologiques de la santé et de la formation du personnel de santé. Géographiquement, ses travaux ont surtout porté sur l’Afrique (Ethiopie, Afrique orientale et Burkina Faso) et sur l’Inde.

E-mail : h-j.diesfeld@urz.uni-heidelberg.de

Alois A. Doerlemann, MD

Directeur général de Health Focus Ltd. (soutien au développement des services médicaux et sociaux dans les pays à faibles revenus) à Potsdam /Berlin. Principaux domaines de spécialisation : développement des systèmes de santé, formation à la gestion de la santé, encadrement d’équipes de projets, gestion de la santé après les conflits, lutte contre le VIH/SIDA. Depuis 1985, missions intermittentes et de longue durée (domaines techniques

susmentionnés) dans les pays suivants : Sénégal, Guinée Bissau, Gambie, Guinée Conakry, Sierra Leone, Liberia, Côte d'Ivoire, Bénin, Nigeria, Cameroun, République démocratique du Congo, Namibie, Botswana, Afrique du Sud, Malawi, Tanzanie, Kenya, Ouganda, Rwanda et Burundi, Iraq en 1986, et Etats-Unis. M. Doerleman coopère avec la DSE, le DED, la GTZ et des sociétés privées d'études et de conseil en Allemagne, ainsi qu'avec des institutions de santé publique en Espagne, en France, en Suisse, en Belgique, aux Pays-Bas et en Grande-Bretagne. Il enseigne à l'université Humboldt de Berlin, à l'Institut de la médecine tropicale à Hambourg ainsi qu'à l'université de Heidelberg, Département de l'hygiène et de la médecine tropicale.

E-mail : a.doerlemann@health-focus.de

Emmanuel A. C. Gbaguidi, MD (Bénin), MPH (Anvers)

Actuellement conseiller technique pour le programme allemand de soutien du secteur de la santé au Togo. Auparavant, coordinateur de programme pendant 15 ans au Bénin (MSP-GTZ-DED-KfW). Nombreuses activités consultatives auprès de l'OMS, de la GTZ, de la Banque islamique de développement, de la coopération française et d'autres institutions œuvrant dans le domaine du développement des systèmes de santé de district.

E-mail : eac_gbaguidi@yahoo.fr

Helmut Görden, MD, spécialisation en anesthésie et médecine générale, MPH (Anvers)

Actuellement consultant dans le domaine du développement des systèmes de santé, de l'analyse du secteur de la santé et de l'évaluation des programmes, ainsi que dans celui de la décentralisation des systèmes de santé. De 1996 à 2002, coordonnateur du secteur de la santé et de la population de la GTZ en Tanzanie. Auparavant, pendant 11 ans, responsable de l'unité de développement des systèmes de santé dans la division Santé de la GTZ. Principaux domaines de spécialisation : développement des systèmes de santé, plus particulièrement en ce qui concerne la décentralisation et le financement des services décentralisés de santé, planification, gestion et évaluation de programmes de santé, conceptualisation de systèmes de santé de district, qualité des

services de santé, en particulier au niveau primaire et secondaire, et développement des capacités humaines. Missions de longue durée au Rwanda et en Tanzanie. Missions de courte durée (évaluation, supervision de programmes) dans 14 pays africains et au Yémen.

E-mail : helmut.goergen@gmx.de

Hans Halbwachs, diplôme en génie biomédical (Giessen)

Webmaster du service Planification et Développement, conseiller technique en gestion de la technologie des soins de santé, siège de la GTZ. Principaux domaines de spécialisation : gestion des connaissances, publication sur le web. A travaillé comme conseiller en mission de longue durée en Afghanistan (2,5 ans), en Turquie (3,5 ans) et au Kenya (4,5 ans). A en outre assumé des missions de courte durée et effectué des visites de projets dans une quarantaine de pays en développement en Afrique, en Asie et en Amérique latine.

E-mail : hans.halbwachs@gtz.de

Thomas Kirsch-Woik, MD, MScPH (Londres)

Actuellement Conseiller technique principal dans la section Lutte contre le VIH/SIDA au siège de la GTZ, à Eschborn, Allemagne. Principaux domaines de spécialisation : participation communautaire, passation de marchés, financement de la santé et tous les aspects de l'efficacité de la lutte contre le VIH/SIDA. Travaille pour la GTZ depuis plus de douze ans. A passé plus de six ans dans les pays en développement, la plupart du temps à Madagascar où il a conseillé et soutenu un projet de santé reproductive et de district dans la province de Mahajanga.

E-mail : thomas.kirsch-woik@gtz.de

Oberlin M.E. Kisanga, MD (Tanzanie), MScPH (Heidelberg)

Spécialiste en santé publique. Fonctions actuelles : coordonnateur national du programme de santé Tanzanie-Allemagne et responsable de la composante du partenariat privé/public. Principaux domaines de spécialisation : planification, suivi, évaluation et gestion des systèmes de santé, participation

communautaire aux services de santé, prestation de services de santé publics et privés. Expérience professionnelle : responsable d'un hôpital de district et médecin de district (1987-1990), ainsi que responsable de l'analyse des systèmes de gestion au Ghana - pour sa thèse de MSc (1991). Participation à l'élaboration de lignes directrices pour la réforme du secteur de la santé (RSS), les approches sectorielles (AS) et la décentralisation pour le ministère de la Santé de Tanzanie, coordination de la coopération technique avec le programme de santé T-G (de 1992 à aujourd'hui). Création d'un conseil de district et de commissions de l'équipement sanitaire comme organes de décentralisation, chargé de cours à l'université MUCHS (programme MPH) dans le domaine de la réforme du secteur de la santé et participation aux forums régionaux et internationaux sur la RSS, les AS, la décentralisation et le PPP.

E-mail : Oberlin.Kisanga@gtz.or.tz

Rolf Korte, Prof. Dr. med., DTPH (Londres)

Pendant de nombreuses années directeur de la division Santé et Education de la GTZ, la dernière année directeur de la Coopération internationale et des programmes à la GTZ ; a pris sa retraite à la fin de 2003. Auteur et coauteur de nombreuses publications scientifiques essentiellement axées, ces derniers temps, sur la lutte contre le VIH/SIDA et la malaria. Membre du conseil de la fondation allemande pour la population (DSW), deux fois président de la société allemande de médecine tropicale et de santé internationale (DTG) et président fondateur de la fédération des sociétés européennes de médecine tropicale et de santé internationale (FESTMIH). Est en outre professeur honoraire à l'université Justus-Liebig de Giessen où il a obtenu son « habilitation » (qualification allemande de professeur d'université) en nutrition humaine. Principaux domaines de spécialisation : médecine tropicale, gestion de la qualité, développement de la population, lutte contre le VIH/SIDA. Il a été de nombreuses années coéditeur de « Tropical Medicine and Parasitology » et a contribué à la création de la revue européenne « Tropical Medicine and International Health ». Etroite coopération de longue durée avec l'OMS et d'autres organisations internationales. Actuellement membre de la commission paritaire de coordination OMS/TDR. A travaillé au Kenya, en Tanzanie et en Papouasie-Nouvelle-Guinée et a beaucoup voyagé.

E-mail : rolf.korte@gtz.de

Rainer Kuelker, MD, gynécologue-obstétricien, MPH (Anvers)

Depuis 1998, responsable de la composante Santé de district/Gestion de la qualité du programme Tanzanie-Allemagne de soutien de la santé (TGPSH) pour le compte de la GTZ. Plusieurs séjours de longue durée dans les pays d'Afrique occidentale (Burkina Faso, Congo-Brazzaville, République centrafricaine), nombreuses missions de courte durée dans un grand nombre de pays, surtout en Afrique. Responsable de programme à l'Institut de santé publique de l'université de Heidelberg pendant 4 ans.

E-mail : dhsp@tanga.net

Meinolf Kuper, économiste

Actuellement directeur de la composante Financement de la santé du programme de santé soutenu par la GTZ en Tanzanie. 22 années d'expérience comme conseiller en missions de longue durée et consultant en missions de courte durée dans divers pays d'Afrique et d'Asie (Burkina Faso, Cameroun, Congo, Tanzanie, Malawi, Philippines, etc.), expérience dans le domaine de la gestion et du financement de la santé dans les pays en développement, plus particulièrement en ce qui concerne le partage des coûts, l'approche contractuelle, la fourniture de médicaments essentiels et l'assurance-maladie.

E-mail : kuper@gtz.or.tz

Michael Marx, MD, DTM&H (Londres), spécialisation médecine interne/médecine tropicale

Chef des systèmes de santé et de l'unité d'évaluation, maître de conférence à l'Institut d'hygiène tropicale et de santé publique internationale à l'université de Heidelberg. Principaux domaines de spécialisation : réforme du secteur de la santé, lutte contre la maladie, gestion de district, planification et évaluation de projets, santé des populations instables. Au cours des 15 dernières années, il a mené de multiples activités consultatives dans le secteur de la santé et a organisé de nombreux séminaires de formation dans des pays en développement. Il porte un intérêt particulier à la santé internationale et plus spécialement au processus de réforme du secteur de la santé, à la promotion de la qualité et à la santé des populations instables dans les pays en développement et en

Europe. A travaillé au Bénin, au Burkina Faso, au Burundi, en République centrafricaine, au Congo, au Ghana, en Guinée, en Inde, en Indonésie, au Rwanda, en Tanzanie, au Togo, au Vietnam et au Zaïre.

E-mail : michael.marx@urz.uni-heidelberg.de

Cornelius Oepen, MD, MPH (Anvers)

Actuellement directeur du programme « Rural Health Systems/ AIDS Control » soutenu par la GTZ en Guinée. Principaux domaines de spécialisation : systèmes de santé de district, santé urbaine, recherche active, collaboration dans le domaine de la santé entre secteur public et secteur privé. Missions internationales de longue durée : Burkina Faso, Mali, Togo, Zimbabwe. Missions internationales de courte durée : Bénin, Cameroun, République centrafricaine, Congo Brazzaville, Côte d'Ivoire, Jordanie, Malawi, Mauritanie, Niger, Nigeria, Sénégal.

E-mail : cornelius.oepen@gtz.de

Bergis Schmidt-Ehry, MD, MPH (Anvers)

Conseiller technique principal en santé publique ; fonction actuelle : coordinateur du programme santé de la GTZ en Tanzanie. Principaux domaines de spécialisation : développement des systèmes de santé, ressources humaines pour la santé. Missions de longue durée au Bénin (responsable des services de santé de district et d'un hôpital de district), au Niger (responsable du soutien allemand aux services régionaux de soins hospitaliers et médicaux), au Soudan (coordonnateur technique du programme de développement des soins de santé primaires soutenu par la GTZ dans deux provinces du sud du Soudan), au Cameroun (conseiller auprès du ministère de la Santé et coordonnateur du programme de la GTZ). Missions de courte durée au Mali, au Burkina Faso, en Gambie, en Guinée, au Togo, au Congo, à Madagascar, au Mozambique, en Turquie et en Russie (Sibérie). A travaillé pendant plus de 30 ans dans le domaine de la coopération au développement, collaborateur de la GTZ depuis 1976.

E-mail : bergis.gtz@africaonline.co.tz

Gertrud Schmidt-Ehry, MD, gynécologue-obstétricienne, MPH (Anvers)

Chef d'équipe du projet de soutien de la réforme du secteur de la santé au Cambodge. Principaux domaines d'intérêt : gestion de la qualité, développement des systèmes de santé, développement des ressources humaines, financement de la santé, réduction de la pauvreté et santé. Missions de longue durée au Bénin, au Niger, au Congo, au Togo et au Cambodge. Nombreuses activités consultatives de courte durée.

E-mail : gertrud@camnet.com.kh

Gérard Servais, MD, MPH (Harvard)

Actuellement conseiller pour le projet d'amélioration du système de santé de district dans la province de Nusa Tenggara Timur (Indonésie). Principaux domaines de spécialisation : économie et financement de la santé, système d'information en matière de santé, décentralisation des services de santé, administration hospitalière.

Autres missions de longue durée au Soudan et au Laos (Médecins sans Frontières), au Tchad (Fonds européen de développement), au Burkina Faso (GTZ), soit un total de 14 années d'expérience dans le domaine de la santé publique.

Depuis février 2004, travaille dans un hôpital en Belgique où il est responsable des finances et de la gestion de la qualité.

E-mail : servaisg@hotmail.com

Andreas Stadler, MD, MPH (Anvers)

Actuellement coordonnateur de programme (programme germano-camerounais de santé et de lutte contre le SIDA) au Cameroun. Principaux domaines de spécialisation : organisation de systèmes de santé, décentralisation des services de santé publique et approche contractuelle, participation communautaire institutionnalisée, programmes de médicaments essentiels. Expériences internationales : de 1987 à 1992, médecin de district à Bassila, Bénin (avec le Service allemand de développement - DED) ; de 1993 à 1999, coordonnateur de projet au niveau provincial à Sokode/Togo (avec la GTZ) ; depuis 1999, coordonnateur de programme au niveau national à Yaoundé/Cameroun.

E-mail : andreas.stadler@gtz.de

Friedeger Stierle, MD, DTMP (Diplôme en médecine tropicale et en parasitologie), MBA (santé, population, nutrition dans les pays en développement), spécialisation en médecine générale, en médecine tropicale et en gestion de la qualité des soins médicaux

Directeur de la section Systèmes de santé et promotion de la santé, division Santé, Education et Protection sociale, à la GTZ. Principaux domaines de spécialisation: développement des systèmes de santé, économie et financement de la santé, gestion de la qualité dans le domaine de la santé, recherche opérationnelle et formation postuniversitaire. Missions de longue durée au Mali, au Tchad (conseiller en santé publique, chef de service dans un hôpital régional). Missions de courte durée: activités consultatives, formation et recherche dans une trentaine de pays (Asie, Afrique sub-saharienne, Afrique du Nord et Moyen-Orient, Caraïbes)

E-mail: friedeger.stierle@gtz.de

Walter Seidel, Dr. med., MSc. (Londres)

Actuellement administrateur principal à la Commission européenne, Bruxelles (depuis 2001). Principaux domaines de spécialisation: ressources humaines dans le domaine de la santé, stratégie sanitaire et politique de la santé dans la préparation et la mise en œuvre des réformes de santé, aspects liés à l'économie de la santé et des soins de santé, état nutritionnel, malaria. Expérience professionnelle: agent débutant et principal (chirurgie, obstétrique, psychiatrie) dans divers hôpitaux allemands (1978-1982), médecin de district au Burkina Faso (1982-1985), chargé de projets au siège de la GTZ (1986-1990), chef d'équipe d'un projet de santé soutenu par la GTZ à Madagascar (1990-1993), directeur du département santé de la Fondation allemande pour le développement international - DSE (1993-2001).

E-mail: walter.seidel@cec.eu.int

Table des matières

Éditorial	5
Les Auteurs	8
Avant-propos	19
Liste des abréviations	26
1 Le concept de système de santé de district (SSD)	29
1. Pertinence du SSD	30
2. Structure du SSD intégré	34
3. Faits, chiffres et normes	40
4. Répartition des tâches et compétences dans le SSD	42
5. Décentralisation	44
6. Intégration du secteur privé	47
7. Coopération intersectorielle	50
2 Planification et gestion	55
1. Introduction	56
2. Planification au niveau du district	56
3. Administration et Gestion	67
4. Gestion de la qualité	74
5. Supervision	79
6. Système d'information et de suivi (monitoring)	82
3 Services de santé du premier échelon	89
1. Contexte	90
2. Attributions du Centre de santé	92
3. Communication avec la population cible	93
4. Organisation et gestion	95
5. Gestion de la qualité	99
6. Système de référence	101
4 L'hôpital de district	105
1. Concept	106
2. Niveau technique	111
3. Personnel	117

4.	Gestion	120
5.	Financement	124
6.	Suivi et documentation des résultats	127
5	Développement des ressources humaines	131
1.	Introduction	132
2.	Besoins fondamentaux en personnel	132
3.	Formation de base	136
4.	Formation complémentaire	138
5.	Formation sur le tas	142
6.	Répartition du personnel	148
7.	Rémunération, motivation et sanctions	150
8.	Travail d'équipe et leadership	152
9.	Stratégie et politique	155
6	Coûts et financement	159
1.	Contexte et concept	160
2.	Coûts et analyse des coûts	164
3.	Qui paie ?	176
4.	Financement	178
5.	Paieement des prestataires	195
6.	Gestion financière	201
7	Approvisionnement en médicaments	211
1.	Stratégie des médicaments essentiels – concept et cadre juridique	212
2.	Prescription rationnelle de médicaments	213
3.	Organisation et gestion administrative	217
4.	Fixation des prix	227
5.	Renforcement du secteur privé	230
8	Participation communautaire aux soins de santé	233
1.	Considérations de base	234
2.	Cogestion effective	235
3.	Activités communautaires liées à la santé	239
4.	Participation au financement des services de santé	244
5.	Hypothèses de participation communautaire	247

9 Services techniques et maintenance	251
1. Contexte	252
2. Concept	253
3. Système de maintenance	255
4. Approvisionnement en énergie et en eau	263
5. Gestion des transports	265
6. Évacuation des déchets	266
7. Coûts et financement	268
8. Gestion de la qualité	269
10 Préparation à la lutte contre les catastrophes	273
1. Contexte et stratégies	274
2. Concepts et organisation	278
3. Épidémies	280
4. Catastrophes naturelles	285
5. Réfugiés	285

Avant-propos

Par Assia Brandrup-Lukanow, directrice de la division Santé, Education et Protection sociale, GTZ Siège, Eschborn

Depuis une vingtaine d'années, la GTZ met en œuvre des programmes et projets visant à développer des systèmes de santé et à renforcer les systèmes de santé de district. Ces travaux s'appuient sur des décisions stratégiques et politiques du gouvernement fédéral allemand qui finance ces programmes dans le cadre de son engagement à soutenir le développement international des pays les plus pauvres de la planète.

Le renforcement des systèmes de santé de district est une étape essentielle à franchir pour faire en sorte que les services de santé soient accessibles et abordables pour les groupes de population n'ayant pas les moyens de bénéficier des mesures de promotion de la santé. Les efforts doivent aboutir à ce que cette couche de la population puisse recevoir des soins de santé de qualité et accéder aux médicaments essentiels.

Dans le présent manuel, seize collègues ont fait appel à leurs connaissances et leur expertise pour apporter un soutien personnel à ces programmes ; ils témoignent de leur expérience, des possibilités qui se sont offertes à eux et des obstacles qu'ils ont rencontrés. Enfin, ils font des recommandations sur la meilleure façon d'aller de l'avant.

A cet égard, ce manuel donne des conseils à l'intention des décideurs nationaux et internationaux, mais aussi et avant tout aux planificateurs et aux prestataires de soins de santé sur le terrain. Même si les systèmes de santé de district ne suscitent plus tout à fait l'engouement qu'ils ont suscité à une certaine époque dans les sphères du développement, il ne faut pas oublier que la gestion de la qualité telle qu'on la conçoit aujourd'hui s'accommode mal du vide. En Afrique subsaharienne notamment, les systèmes de santé de district constituent la base de la mise en œuvre de cette gestion de la qualité ainsi que de la mise en place de modèles viables de financement des soins de santé dans les régions disposant de peu de ressources.

Nous espérons qu'en faisant des suggestions sur la façon de renforcer les systèmes de santé, ce manuel contribuera à relever les défis que représentent les objectifs de développement du

millénaire : lutter contre les maladies associées à la pauvreté (VIH, tuberculose et malaria) et améliorer la santé reproductive ainsi que celle des enfants, des femmes et des hommes en Afrique.

Nous tenons à remercier tous les collègues des instituts nationaux de leur contribution à ces travaux et à la réalisation du manuel.

Assia Brandrup-Lukanow

Avant-propos

Par Hans-Jochen Diesfeld, professeur et ancien directeur de l'Institut d'Hygiène Tropicale et de Santé Publique de l'Université de Heidelberg (1976–1997).

La première édition de *Système de santé de district - Expérience et perspectives en Afrique* a été publiée en 1994 en allemand, en anglais et en français et est rapidement devenue un guide pratique pour ceux qui planifient, organisent et mettent en œuvre les services de santé de district.

Ce document de base à l'intention des professionnels de la santé publique a été un important catalyseur au cours des discussions avec et entre les professionnels des services de santé nationaux et internationaux, à tous les niveaux.

Sa lecture est devenue indispensable aussi bien pour les chargés de cours que pour les étudiants du troisième cycle suivant des cours nationaux et internationaux, notamment dans les cours que j'ai donnés en tant que directeur du département d'Hygiène tropicale et de Santé publique à l'université de Heidelberg, en Allemagne. Les exemples pertinents et pratiques du terrain ont été extrêmement utiles dans les modules d'enseignement du SSD.

Cette nouvelle édition entièrement revue et corrigée tient compte de l'évolution de la situation au niveau international et des expériences acquises au cours des dix dernières années. Elle est, à ce titre, particulièrement bienvenue.

Depuis, « beaucoup d'eau a coulé sous les ponts de l'Afrique » et le concept de soins de santé primaires (SSP), avec ses avantages et ses inconvénients, ses échecs et ses réussites, a fait l'objet de débats animés. Depuis 1978, les SSP ont souvent été critiqués, déformés et mal interprétés, voire donnés pour morts.

Mais quelles que soient les nouvelles idées apparues, les principes et éléments de base des SSP sont plus pertinents que jamais. Le concept de SSP est et a toujours été axé sur la santé, ce qui l'a rendu plus vulnérable que n'importe quel programme autonome et vertical de santé aux échecs des politiques de développement et aux revers économiques et politiques. Mais cela n'enlève rien à la valeur intrinsèque de la philosophie des SSP. Le concept général du manuel suit les principes de base établis en 1978 lors de la Conférence internationale des soins de santé

primaires d'Alma-Ata et tient compte de la façon dont cette notion a évolué jusqu'à nos jours.

Les nouvelles tentatives d'amélioration des services de santé de district, qu'il s'agisse de réformes du secteur de la santé, d'approches à l'échelle du secteur, de décentralisation et d'autres méthodes de tâtonnement, ne peuvent qu'éclairer ce processus de développement.

La valeur des divers chapitres tient à l'évaluation critique de ces tentatives dans le contexte des SSP, compte tenu des expériences passées, des tendances actuelles et des besoins futurs.

Les auteurs sont forts d'une expérience considérable et sont profondément attachés aux principes de santé publique, de coopération internationale et de partenariat.

Chaque chapitre est autonome mais n'en est pas moins conforme au concept général des lignes directrices. Il y a un effet de rétro-information positive et d'interaction entre les chapitres, mais sans redondance.

Il est encourageant de noter que, dans le cadre de la nouvelle réforme du secteur de la santé et des efforts de décentralisation, le concept de SSP et son évolution restent très appréciés, contrairement au concept de systèmes « proches du client » proposé dans le Rapport de la Commission sur la macro-économie et la santé (OMS, 2001) qui ne fait pas mention des SSP et tente de réinventer la roue.

Permettez-moi une dernière remarque personnelle. En tant qu'ancien universitaire ayant enseigné le concept de SSP et collaborateur scientifique ayant travaillé avec plusieurs des auteurs de la présente publication, cela a été pour moi un honneur et un plaisir de répondre à l'invitation de rédiger l'introduction de cette deuxième édition actualisée et particulièrement claire.

Je suis persuadé que ce manuel connaîtra un succès au moins équivalent à celui de la première édition.

Hans-Jochen Diesfeld

Avant-propos

Par Rolf Korte, ancien directeur de la division Santé, Éducation et Protection Sociale
GTZ – Eschborn

Les services de santé axés sur le district restent à l'ordre du jour. Lorsque les premiers services de santé publics et, dans certaines régions, les premiers services de santé confessionnels ont vu le jour, il y a environ un siècle, ils ne couvraient qu'une fraction de la population actuelle. Prenons l'exemple du Kenya. Ce pays comptait 4,5 millions d'habitants en 1910. Sur cette population pourtant relativement peu importante, nombreux étaient ceux qui, pour des raisons sociales, financières et géographiques, ne pouvaient accéder aux services. Aujourd'hui, ce sont plus de 30 millions d'habitants qui exigent l'accès universel à des services appropriés. À ce jour encore, les ministères de la santé gèrent les services pour l'ensemble du pays depuis la capitale. La gestion de l'aspect financier, des approvisionnements et des ressources humaines reste très centralisée. Cette approche était justifiée aux premiers jours du développement des services de santé car c'était la plus facile à réaliser compte tenu de l'importance relativement limitée des services.

Pendant la période coloniale déjà, divers pays africains ont adopté un certain degré de décentralisation, par exemple en confiant la gestion des soins ambulatoires aux conseils de districts. Toutefois, dans un souci d'unité nationale, les pays ayant accédé à l'indépendance ont souvent inversé cette tendance à la décentralisation. Aujourd'hui, la gestion centralisée d'un système de santé s'adressant à des dizaines de millions de personnes est une tâche impossible. Mais d'autres raisons militent en faveur de la décentralisation. Grâce à la proclamation des principes de soins de santé primaires (SSP) à Alma Ata, en 1978, de nombreux services de santé ont perçu la nécessité, du moins dans le principe, de rapprocher les services de la population. En 1983, l'OMS a formulé, à Harare, une politique de santé de district favorisant la mise en place de services de santé cohérents accessibles à la population.

Depuis, la décentralisation est devenue un concept majeur de gestion des services de santé mais malgré des avantages apparemment évidents, les progrès vers la réalisation de cet objectif

ont été bien plus lents que prévu, et ce pour deux raisons fondamentales. Premièrement, il y a eu le peu d'empressement généralisé des gestionnaires des organisations centralisées à partager ou à déléguer efficacement leur pouvoir à un niveau inférieur. Deuxièmement, il y a eu l'incompétence réelle ou ressentie du personnel de district à assumer les fonctions jusqu'alors centralisées. Dans de nombreux cas, une décentralisation ne serait-ce que partielle est mise en œuvre en déléguant la responsabilité des soins ambulatoires aux autorités des districts. Pour de nombreuses autorités nationales, la gestion d'un hôpital de district reste toutefois trop complexe pour être assurée à ce niveau. Cette attitude va à l'encontre du principe d'un service de district unifié voulant que les services curatifs les plus complexes soient assurés par l'hôpital et que les soins de santé primaires soient dispensés dans les centres de santé de district, les dispensaires et par les agents de santé villageois. Pour bien fonctionner, un service de santé de district nécessite l'intégration des soins primaires et de premier recours.

Il ne faut pas pour autant perdre de vue qu'au cours des vingt dernières années, depuis l'adoption du principe des services de santé de district, bien des choses ont changé et de nouvelles situations doivent être prises en compte. L'accroissement rapide de la population a entraîné une subdivision des districts si bien que certains d'entre eux ne bénéficient plus des services d'un hôpital. Parallèlement, dans un souci de qualité des soins, certains considèrent que les unités cliniques doivent être suffisamment importantes et doivent traiter un nombre minimal de patients par an pour améliorer les compétences du personnel. De même, la plus grande mobilité des patients, du moins dans certaines régions, peut permettre une certaine reconcentration des compétences dans des centres d'excellence. D'un autre côté, les districts eux-mêmes risquent de devenir trop conséquents à gérer et il pourra être nécessaire de mettre en place une structure de gestion de sous-district pour assurer la proximité des services avec la population et favoriser l'adhésion de cette dernière. En même temps, la prestation de soins de santé privés et sans but lucratif est devenue, du moins dans certaines régions, un facteur important dont il importe de tenir compte dans le processus de planification des ressources du district.

Au nombre des facteurs essentiels pour assurer l'efficacité des services de district, il y a lieu de mentionner

- l'autonomie financière,
- la responsabilité du recrutement et du perfectionnement du personnel, et
- l'infrastructure et les compétences techniques.

Le présent manuel est une compilation des expériences acquises dans de nombreux pays, surtout africains. Il a pour but de renforcer la capacité des districts à assurer des services de santé efficaces.

Rolf Korte

Liste des abréviations

AMO	Assistant Medical Officer
AT	Accoucheuse traditionnelle
CM	Centre de Santé sans bloc
CMA	Centre Médical avec Antenne Chirurgicale (= petit hôpital)
CME	Consultation Mère-Enfant
CPN	Consultation prénatale
CS	Centre de Santé
CSPS	Centre de Santé et de Promotion sociale
CTV	Conseils et tests volontaires
CYP	Couple years protected
DALY	Disability-adjusted life years (Années de vie corrigées de l'incapacité)
DBC	Distributeurs à base communautaire
DCI	Dénomination commune internationale
DD	Direction du District
DR	Direction régionale
DS	District de santé
D & T	Procédures diagnostiques et thérapeutiques standardisées
DTP 3	Diphtérie-Tétanos-Pertussis
EFQM	European Foundation for Quality Management
GTZ	Gesellschaft für technische Zusammenarbeit (Coopération technique allemande)
HD	Hôpital de District
HTM	Healthcare Technology Management (Gestion de la technologie des soins sanitaires)
IEC	Information - Education - Communication
MD	Médecin/Médecin-chef de District
MPS	Maintenance préventive systématique
MR	Médecin/Médecin-chef régional
MSC	Maîtrise en Santé communautaire (Master of Community Health)
MSF	Médecins sans Frontières
MSP	Maîtrise en Santé publique (Master of Public Health)
MST	Maladies sexuellement transmissibles
ORL	Oto-rhino-laryngologiste

OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
OG	Organisation gouvernementale
PAD	Protocols of the Appraisal of Physical Assets Management (Protocoles d'évaluation de la gestion des biens corporels dans les services de santé des pays en développement)
PAM	Physical Assets Management (Gestion des biens corporels/matériels)
PEV	Programme élargi de Vaccination
PF	Planning familial (ou : planification familiale)
PLCC	Préparation à la lutte contre les catastrophes
PTME	Prévention Transmission Mère-Enfant
QALY	Quality-adjusted life years (Années de vie corrigées de la qualité de la vie)
SIGS	Système informatique de gestion de la santé
SME	Stratégie des médicaments essentiels
SSD	Système de santé de district
SSP	Soins de santé primaires
SWAp	Sector Wide Approaches
TAR	Traitement avec médicaments antirétroviraux
TB	Tuberculose
UNHCR	United Nations High Commissioner for Refugees
VIH/SIDA	Virus de l'immunodéficience humaine/Syndrome d'immunodéficience acquise

1. Le concept de système de santé de district (SSD)

par Helmut Goergen & Bergis Schmidt-Ehry

1. **Pertinence du SSD**
2. **Structure du SSD intégré**
3. **Faits, chiffres et normes**
4. **Répartition des tâches et compétences**
5. **Décentralisation**
6. **Intégration du secteur privé**
7. **Coopération intersectorielle**



L'accessibilité géographique reste un problème majeur, particulièrement en milieu rural (Rwanda)

1. Pertinence du SSD

Plus de vingt-cinq ans après la Conférence internationale d'Alma-Ata¹, les soins de santé primaires (SSP) restent un élément central de la politique de la santé de la plupart des pays africains. Pourtant, il y a longtemps qu'on a dû abandonner l'objectif ambitieux de l'OMS « Santé pour tous d'ici à 2000 » qui devait être atteint avec l'aide des SSP. On a pu constater à quel point il est difficile de mettre les stratégies SSP en pratique, mais dans le contexte socio-économique actuel, aucune autre solution ne permet d'assurer des soins de santé de base à la population, surtout en milieu rural. Dans l'intérêt général, les pouvoirs publics sont toujours tenus de mettre en place un système de santé abordable offrant un large éventail de services de qualité acceptable (plutôt que de simples programmes verticaux prioritaires). Ce système de soins de santé doit être accessible à l'ensemble de la population, y compris aux plus démunis, pour lesquels des dispositions spéciales doivent s'appliquer.

Des efforts considérables ont été consentis par la communauté internationale pour mettre en œuvre la stratégie SSP au moyen de nombreux projets et programmes verticaux. Pourtant, au bout de quelques années, la plupart de ces mesures se sont révélées inefficaces, non durables et, dans certains cas, néfastes pour les services de santé horizontaux locaux. Enfin, on s'est rendu compte que si les approches sélectives verticales (mettant par exemple l'accent sur une maladie particulière ou sur la planification familiale) enregistraient rapidement de bons résultats, elles ne pouvaient pas garantir la mise en œuvre durable de la stratégie SSP. Le concept des soins de santé primaires implique que les services couvrent tout l'éventail de la médecine préventive et curative, et cela n'est possible que dans le cadre d'un système de soins de santé intégrés. Cela ne se fera pas du jour au lendemain, mais une fois mis en place, un tel système est nettement plus durable que n'importe quel programme accéléré.

Le système de santé de district offre les meilleures chances de mettre les SSP en œuvre conformément aux résolutions arrêtées à Alma-Ata. Cette prise de conscience trouve son expression dans la

¹ La stratégie des soins de santé primaires (SSP) a été adoptée à l'échelle mondiale en 1978 sous l'égide de l'OMS.

Les soins de santé primaires...

...c'est faire participer la collectivité et utiliser les ressources humaines et matérielles locales pour assurer un éventail de services curatifs et préventifs et appliquer des mesures de promotion de la santé à la fois accessibles et abordables pour la population locale.

Les soins de santé primaires englobent huit éléments :

- éducation sanitaire
- approvisionnement en denrées alimentaires
- approvisionnement en eau potable et assainissement
- soins de santé maternelle et infantile, y compris la planification familiale
- vaccinations
- maladies endémiques
- autres maladies et lésions diverses
- approvisionnement en médicaments essentiels

Les soins de santé primaires sont axés sur les principes directeurs suivants :

- accessibilité optimale
- utilisation des ressources locales
- participation de la population cible à la planification et la mise en œuvre
- intégration des services préventifs et curatifs
- rationalisation des structures de santé (adéquation de la technologie, du financement et de la gestion)
- Coopération intersectorielle

Les soins de santé primaires ne se limitent pas :

- à de simples mesures (réhydratation et mesures préventives, par exemple)
- à la promotion des agents de santé villageois et du développement communautaire
- aux activités au niveau le plus bas des soins de santé (dispensaires, etc.)

Les soins de santé primaires comprennent également l'hôpital de district.



L'objectif de l'OMS « Santé pour tous d'ici l'an 2000 » – modifié de façon très spéciale (Bénin)

Déclaration de Harare de 1987, signée par les représentants de 22 pays africains et qui est aussi valable aujourd'hui qu'elle l'était le jour de son adoption. De même, l'analyse des stratégies lécemment dominantes telles que « la réduction de la pauvreté » et les « objectifs de développement du millénaire », montre que'elles sont tout à fait conformes aux SSP.

Les critiques de l'approche basée sur le district montrent du doigt, et non sans raison, la faible qualité actuelle de nombreux services de santé primaires, et plus particulièrement des services publics, dans la plupart des pays de l'Afrique subsaharienne. Cela ne tient pas, cependant, à des problèmes d'ordre technique ou conceptuel. Les lacunes des systèmes sont plutôt le reflet de la situation globale de la société dans laquelle ils fonctionnent : crises socio-économiques, mauvaise gestion politique et corruption à tous les niveaux. Dans les services publics, en particulier, et le service de santé ne fait pas exception à la règle, ces facteurs sont à l'origine d'un désintérêt et d'une gabegie effroyables se traduisant par une forte baisse de la qualité des services fournis.

Comme de nombreuses activités dans le domaine de la santé publique ont rencontré peu de succès, la discussion revient invariablement sur la nécessité de remettre l'accent sur les soins hospitaliers. Selon l'argument avancé, en remettant l'accent sur

l'hôpital, il serait possible d'atteindre un niveau acceptable de soins de santé, ne serait-ce que dans un seul (grand) établissement.

Toutefois, l'expérience montre que les hôpitaux qui desservent un grand nombre de malades en traitement ambulatoire et qui, par conséquent, doivent fonctionner comme des centres de santé à grande échelle, deviennent inefficaces. Car dans ce cas, le personnel et d'autres ressources doivent de plus en plus être affectés à des tâches ne relevant normalement pas d'un hôpital. Cela signifie par conséquent que les tâches de base de l'hôpital sont exécutées avec de moins en moins d'efficacité. On fait alors moins souvent appel aux services de périphérie qui, de ce fait, se trouvent affaiblis au lieu d'être renforcés par le haut. Une fois de plus, la grande perdante est la population rurale qui représente souvent de 60 à 80 % de la population totale. Cela est absolument inacceptable en termes de stratégie et de politique sanitaires.

Il n'existe pas de moyen réaliste de remplacer le système de santé de district (SSD) intégré. Pour obtenir les améliorations qualitatives du SSD dont on a désespérément besoin, ce qu'il faut, c'est une politique de réforme coordonnée et intersectorielle de l'ensemble du système.

Une autre approche pourrait consister à encourager les prestataires de services non gouvernementaux à remplacer les services publics de plus en plus inefficaces. Cela semblerait une approche opportune car il y a peu d'espoir de voir les services publics maîtriser la crise actuelle dans un proche avenir. Remarquons, en passant, que de nombreux pays plus développés, en particulier les pays industrialisés, ont essentiellement confié leurs services de soins de santé primaires à des prestataires de services non gouvernementaux.

Depuis de nombreuses années, il est clair que les systèmes de santé centralisés ne sont plus en mesure d'assurer une couverture en soins de santé à tous les niveaux. Une décentralisation des pouvoirs et compétences de planification et de gestion est absolument nécessaire. Le district a un rôle vital à jouer dans cette nouvelle structure.

Le système de santé de district intégré offre des avantages notables par rapport à un système centralisé :

- Il est suffisamment grand (en termes d'économie d'entreprise) pour justifier les frais d'investissement et de gestion, et en particulier ceux des hôpitaux (bon rapport coûts-avantages).

- Il est *suffisamment petit* pour bien connaître les réalités démographiques et socio-économiques locales et pour en tenir compte.
- La *planification et l'organisation participatives* sont plus facilement réalisables à ce niveau.
- La *communication* avec la population est plus facile en raison de la proximité géographique.
- La *gestion* (par exemple la supervision) est moins complexe et par conséquent plus efficace.
- Il est plus facile de *coordonner* les divers programmes et services mis en œuvre aux différents niveaux.
- La *coopération intersectorielle* est plus facile, en particulier avec les secteurs de l'agriculture, de l'éducation, de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement.

Comme tout autre système de soins de santé, le SSD peut être évalué au moyen d'une grille et d'une approche logique. L'évaluation est fondée sur les mêmes concepts que pour la planification et la gestion.

Critères d'évaluation de la cohérence d'un système de santé²

- **Pertinence** des services en ce qui concerne la quantité, le niveau technique et les problèmes rencontrés par les groupes cibles
- **Disponibilité** des ressources nécessaires pour assurer des soins de santé adéquats dans le cadre du SSD
- **Accessibilité** des services (accessibilité géographique et abordabilité)
- **Qualité** des soins de santé aux yeux des experts et de la population
- **Acceptation** des services offerts de la part des utilisateurs

2. Structure du SSD intégré

Le système de santé de district (SSD) est un segment du système de santé national ; il couvre généralement un district – unité administrative ayant une population de 50 000 à 300 000 habitants³. Le plus haut responsable du district est généralement nommé par

² D'après T. Tanahashi, OMS, Division du renforcement des services de santé (1978).

³ Lorsque la population du district est plus importante (par exemple au Rwanda), il serait préférable de le subdiviser.

le pouvoir politique alors que les membres du conseil de district sont, pour la plupart, les représentants élus de la collectivité. Selon le degré de décentralisation, le conseil de district peut être responsable des soins de santé dans le district.

La structure administrative de la plupart des pays africains comporte un niveau régional au-dessus du niveau du district. En fonction du passé colonial de l'Etat, ce niveau régional est parfois appelé province, département ou préfecture. La région comprend plusieurs districts. A l'époque, l'administration régionale avait prépondérance sur le conseil de district pour toutes les questions, progressivement, avec la décentralisation, le district a obtenu des pouvoirs de décision considérables. Néanmoins, le niveau régional conserve encore un rôle majeur dans la mise en œuvre, le contrôle de la qualité et la coordination de la politique nationale de santé, ainsi que dans le soutien des districts, même s'il n'est plus seul responsable du budget.

Prestations qui incombent à l'administration régionale pour soutenir les districts sanitaires

- Nomination d'agents dans les districts de la région pour combler les inégalités entre zones urbaines et rurales
- Formation du personnel, gestion d'un centre de formation régional ou local
- Renforcement des capacités humaines et institutionnelles pour la décentralisation
- Gestion de la qualité des soins fournis
- Introduction de systèmes de maintenance durables
- Programmes de protection contre les catastrophes
- Lutte contre l'épidémie VIH / SIDA
- Recherche-action en fonction des réformes à mettre en place

Sans vouloir remettre en cause l'autorité qui doit être celle des districts dans le cadre de la décentralisation, il faut bien dire que dans de nombreux domaines, le niveau régional se prête mieux à une gestion efficace et efficiente. Par exemple, l'organisation de programmes tels que la formation du personnel, la maintenance ou

la lutte contre le VIH/SIDA se font plus efficacement au niveau régional.

Le SSD englobe toutes les formations sanitaires⁴ et toutes les personnes du district concernées par l'offre de soins de santé à divers niveaux d'intervention, pas seulement les prestataires publics, mais également les prestataires confessionnels, communautaires et privés.

En principe, les guérisseurs traditionnels font également partie du système, bien qu'il y ait peu d'exemples de coopération entre ces derniers et les autres acteurs du SSD. Les divergences de points de vue sur les causes des maladies et la façon de les traiter⁵ font souvent obstacle à la coopération.

Le SSD est responsable des soins de santé de base, c'est-à-dire qu'il est chargé d'organiser un paquet minimum de services curatifs et préventifs conformes à la politique nationale en matière de santé pour répondre aux problèmes et aux besoins de santé de la population locale.

Le SSD comprend deux échelons opérationnels qui sont le niveau primaire et le niveau secondaire. Ces deux niveaux sont supervisés, coordonnés et soutenus par une équipe-cadre. Le système couvre également des activités au niveau du village et de la collectivité, ainsi que des programmes verticaux, ce qui complique encore plus la structure générale.

Le *niveau primaire* comprend tous les centres de santé, dispensaires et formations similaires des communautés dans lesquels travaillent du personnel de santé formé tels qu'infirmières et sages-femmes, mais pas de médecins.

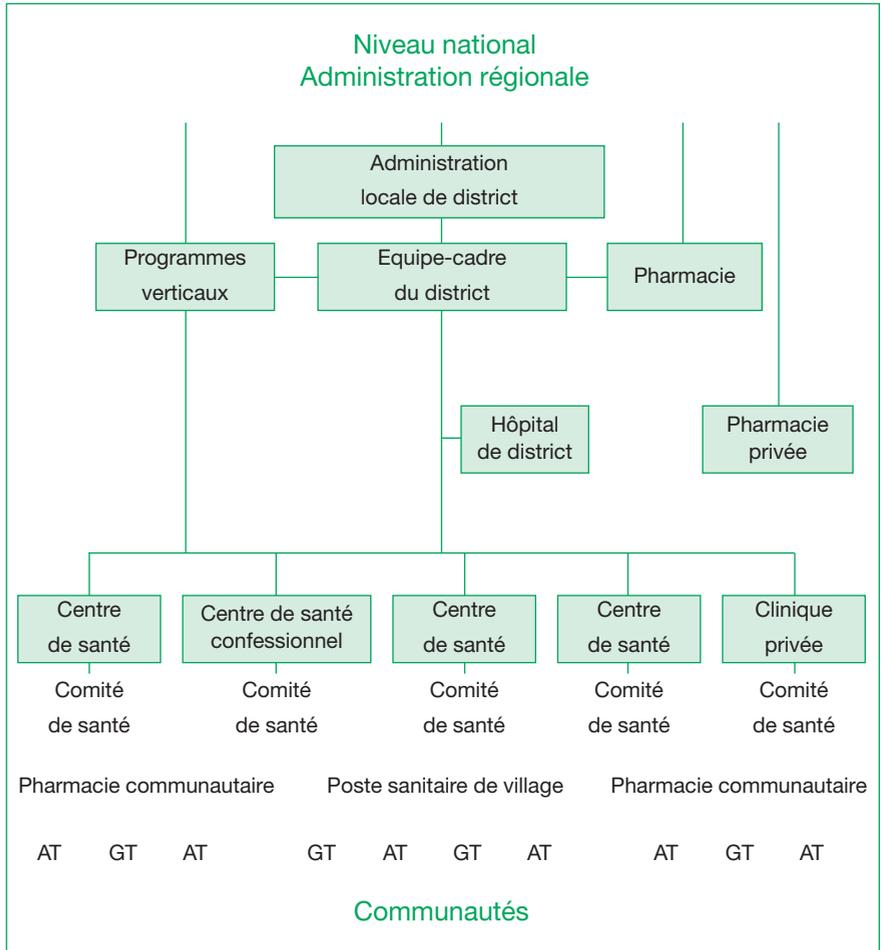
Le *niveau secondaire* concerne tous les hôpitaux de premier recours. Il existe généralement un hôpital de district officiel et

⁴ « Formations sanitaires » est un terme surtout utilisé en Afrique et correspond à « établissements sanitaires ».

⁵ D'une manière générale, la médecine traditionnelle est fondée sur une philosophie de la maladie très éloignée de la théorie scientifique « moderne ». Selon la médecine traditionnelle, la maladie est essentiellement un résultat du (mauvais) comportement du patient et des relations qu'il a avec les autres et n'a aucun lien avec les micro-organismes pathogènes présents dans le milieu ambiant.

Lorsque quelqu'un tombe malade, on consulte généralement en premier les guérisseurs traditionnels. Ceux-ci considèrent que des facteurs surnaturels sont responsables de la plupart des problèmes de santé. Mais l'efficacité de leurs traitements en cas de problèmes majeurs de santé (p. e. malaria ou complications pendant l'accouchement) est douteuse.

Figure 1 : Système de santé de district. Les lignes représentent les liens fonctionnels (et non pas la hiérarchie). Il s'agit là d'un exemple de structure possible et de nombreuses variantes sont concevables. AT = Accoucheuse traditionnelle, GT = Guérisseur traditionnel.



parfois des hôpitaux plus petits, généralement non gouvernementaux. Malheureusement, il est rare de trouver une forme structurée de coopération entre les hôpitaux d'un district⁶.

⁶ En Tanzanie, l'Etat et les églises ont mis au point un programme conjoint prometteur (« Sharing Responsibilities ») – voir le rapport CSSC 2002.

Le système de référence établit un lien opérationnel entre les deux niveaux, ce qui exige des moyens logistiques modernes (véhicules, technologies des communications telles que la radio, le téléphone fixe ou mobile, et système de communication d'informations). Le coût d'entretien de ce système est généralement très élevé. Ainsi, lorsque les ressources sont limitées, les dépenses nécessaires au fonctionnement de ce système ne peuvent être légitimées que si des contrôles efficaces (par exemple par le conseil local) garantissent que les ambulances, par exemple, ne sont utilisées qu'aux fins prévues.

Les coûts de transport des malades d'un établissement à un autre sont souvent extrêmement élevés. Si les malades doivent les prendre entièrement en charge, ils refuseront d'être transportés. Ou bien, le transport prendra tellement de temps que cela mettra la vie des patients en danger. Un système de subventions ou un régime de participation aux frais est nécessaire pour éviter ce risque. Théoriquement, les régimes d'assurance-maladie couvrent ces frais.

Les services de santé du niveau primaire transfèrent à l'hôpital de district les malades dont le traitement exige une technologie ou



70% des soins fournis concernent des problèmes mères-enfants (Tanzanie)

des compétences dont ils ne disposent pas. Toutefois, lorsque les conditions sont optimales, jusqu'à 85 % des malades peuvent être traités au niveau primaire. Un très petit nombre (environ 4 %) des 15 % orientés vers un hôpital ont ensuite besoin d'un traitement spécial qui ne peut être donné que dans des hôpitaux spéciaux au niveau national⁷ (voir également chapitre 3 - « Services de santé du premier échelon »).

Au niveau du village et de la communauté, il y a souvent des initiatives liées à la santé qui nécessitent le soutien des centres de santé et des dispensaires les plus proches. Il peut s'agir par exemple d'initiatives prises par des agents de santé, des accoucheuses traditionnelles, des comités de santé, des centres pour les jeunes et des centres socioculturels ou même des guérisseurs traditionnels.

Malgré les expériences négatives que de nombreux pays ont connues avec les postes sanitaires et les agents de santé villageois, il paraît logique de poursuivre dans cette voie dans les régions où des établissements sanitaires n'existent pas et lorsque la communauté locale s'efforce de soutenir les activités.

Dans certains pays, du personnel spécialement formé (par exemple, au Malawi, des agents de surveillance médicale) est chargé d'assurer les activités d'action sociale, tels que les programmes de vaccination, les mesures d'approvisionnement en eau et d'assainissement et l'éducation en matière d'hygiène. L'engagement de la communauté est indispensable à la réussite de programmes de ce type.

L'équipe-cadre du district de santé doit toujours être dirigée par un médecin de la santé publique⁸ et doit comprendre, au minimum, un agent administratif, une infirmière expérimentée et le médecin-chef de l'hôpital de district. Des représentants d'organisations non gouvernementales œuvrant dans le district doivent également être intégrés dans l'équipe. (Voir le chapitre 2 - « Planification et gestion »). L'équipe-cadre du district planifie et budgétise les activités nécessaires pour gérer, contrôler, coordonner et soutenir tous les services de santé du district sur la période d'un an. Il est particulièrement important (et extrêmement difficile) de s'assurer que tous les acteurs (en particulier les projets et établissements

⁷ Les pourcentages sont fondés sur des estimations effectuées à Kasongo, Zaïre (projet de l'Institut tropical d'Anvers) et dans le cadre de divers projets soutenus par la GTZ.

⁸ La formation la plus efficace est un cours de maîtrise en santé publique sur un an.

bénéficiant d'un financement externe) et toutes les sources de financement soient pris en compte dans la planification. Mais seul cet effort peut assurer la transparence et empêcher tout double emploi inutile.

Tous les *services de santé non gouvernementaux*, y compris les pharmacies, doivent participer au processus de planification et à toutes les activités de soutien. Cela vaut pour les prestataires confessionnels, communautaires et privés.

Les *programmes de santé verticaux* tels que les programmes de vaccination, la planification familiale et les programmes de lutte contre le SIDA, la TB et la malaria ont tendance à être organisés et gérés à l'échelle nationale. En raison des coûts élevés et du manque de durabilité de nombreux programmes verticaux, il est bien sûr souhaitable de les intégrer dans les services de santé « horizontaux », mais seulement si les conditions logistiques et financières préalables sont réunies et si du personnel suffisamment qualifié est disponible. L'intégration forcée des programmes verticaux peut être désastreuse, comme le montre la chute spectaculaire des taux de vaccination dans certains pays (p. e. la Tanzanie). Il semble raisonnable de conserver les programmes verticaux lorsqu'il est peu probable que les conditions au niveau du district s'amélioreront de manière notable dans un proche avenir. D'un autre côté, il faut éviter que des services verticaux mieux équipés fassent concurrence aux services primaires et secondaires mal équipés. Le cas échéant, une correction de la distribution des moyens financiers devrait être envisagée.

3. Faits, chiffres et normes

Il existe une taille optimale pour qu'un système de santé de district fonctionne bien. En considération des taux importants de la croissance démographique, des chiffres essentiels doivent être connus et il faut en tenir compte dans les décisions de politique, de planification et de gestion.

A titre d'orientation, un SSD optimal dessert une population de 200 000 à 300 000 personnes⁹. Les planificateurs doivent considérer

⁹ Tous les chiffres présentés dans la suite du texte se réfèrent à ce SSD optimal.

Figure 2 : Données de planification (objectifs hypothétiques) d'un district de santé, calculées sur la base de chiffres moyens. Ces chiffres proviennent de différents projets et des écarts sont bien entendu possibles dans des contextes différents. Les données sont uniquement fournies à titre d'exemple et d'orientation.

Couverture

- Hôpital : 1 lit pour 1 000 habitants du district de santé
- Centre de santé/dispensaire : pour 6 000 habitants en milieu rural et pour 10 000 habitants en milieu urbain

Accessibilité

Le centre de santé/dispensaire le plus proche ne doit pas être à plus de 5 km (ou 10 km dans les régions particulièrement difficiles).

Personnel (minimum)

- Hôpital (200 lits) : minimum de 3 médecins, rapport lits/personnel infirmier égal à 3 : 1, administrateur (gestionnaire), techniciens d'hôpital compétents
- Dispensaire : 1 agent de soins infirmiers en chef de service (avec 4 ans de formation), 1 sage-femme (avec 3 ans de formation), 1 aide-infirmière ou 1 travailleur social, personnel auxiliaire (1 à 2 membre/s)
- Equipe cadre du district : 1 médecin de santé publique comme chef, 1 membre du personnel infirmier supérieur, cadre dirigeant d'hôpital, responsable de soins maternels et infantiles, 1 comptable, etc.

Utilisation

- Soins ambulatoires : 1 épisode de maladie par patient, par an (hypothèse)
- Taux d'occupation des lits d'hôpital : 70 à 80 %
- Pourcentage de couverture vaccinale : plus de 80 % (programme de vaccination élargi pour les jeunes enfants)
- Utilisation de méthodes modernes de planification familiale : 40 % ou plus à moyen terme
- Accouchements avec assistance médicale : plus de 60 %

Charge de travail annuelle prévue (centre de santé/dispensaire desservant une population de 6 000 personnes)

- 6 000 nouveaux cas (soins ambulatoires généraux) par centre de santé/dispensaire (dans l'hypothèse d'un cas traité par habitant et par an, taux d'utilisation : 1,0)
- 135 accouchements avec assistance du service de santé (dans l'hypothèse d'un taux de natalité de 45/1000, 50 % de naissances à domicile)
- Plus de 600 consultations prénatales (dans l'hypothèse d'un taux de mortalité de 10 %, de 3 consultations en moyenne par grossesse, taux d'utilisation : 0,8 %)
- Plus de 900 consultations pour les nourrissons/vaccinations au cours de la première année des bébés (dans l'hypothèse de cinq consultations/vaccinations)
- 504 consultations sur des questions de planification familiale (dans l'hypothèse selon laquelle 40 % des femmes âgées de 15 à 49 ans consultent les services, soit = $6\,000 \times 0,21 \times 0,4$)

Charge de travail hebdomadaire d'un centre de santé/ dispensaire

Dans l'hypothèse d'un taux d'utilisation de 50 % (traitement curatif), 80 % (soins prénatals), 20 % (planification des naissances) :

- 58 nouveaux cas (6 000 × 0,5 : 52)
- 14 consultations prénatales (900 × 0,8 : 52)
- 26 contrôles de développement des nourrissons (300 – 10 % = 270 × 5 : 52)
- 5 consultations de planification familiale (6 000 × 0,21 × 0,2 : 52)

que, dans la plupart des pays africains, la population d'une région donnée augmentera d'environ 50 % en 15 ans.

Pour une population cible de cette taille, l'hôpital de district doit disposer d'un minimum de 200 lits. On estime qu'un lit pour 1 000 habitants¹⁰ est un rapport raisonnable. Dans cet exemple (population de 200 à 300 000 personnes), cela veut dire qu'un deuxième hôpital de moindre importance (de 100 à 150 lits) serait justifié.

En principe, et en fonction des ressources humaines disponibles et de la densité de population, le SSD optimal devrait disposer de 20 à 50 centres sanitaires au niveau primaire.

4. Répartition des tâches et compétences dans le SSD

Pour s'assurer que les ressources sont utilisées de manière aussi rationnelle que possible et pour éviter tout risque de double emploi inutile, donc pour garantir des soins optimaux aux usagers, il est indispensable de préciser les tâches et compétences des divers centres et niveaux de soins.

Le bon fonctionnement du système de référence est la condition préalable à toute coopération entre les divers niveaux du système de santé (initiatives communautaires - dispensaires/centres de santé - hôpital de district).

Un descriptif détaillé des tâches doit être disponible pour chaque poste et chaque membre du personnel.

Il est important de disposer de protocoles standardisés pour les diagnostics et les traitements, notamment lorsqu'il faut décider si un patient doit ou non être orienté vers le niveau de soins supérieur (p.e. un enfant avec une infection ou une malnutrition grave).

On peut faire une distinction entre les tâches suivantes :

¹⁰ Ces chiffres sont basés sur les travaux du Dr Pridie, chef du service médical au British Colonial Office de Londres, qui a commencé à faire d'importantes propositions pour les services de santé dans les colonies dès 1949.

Centre de santé/dispensaire

- Soins curatifs des maladies aiguës et chroniques ne nécessitant pas l'intervention d'un médecin (théoriquement jusqu'à 85 % de tous les cas)
- soins prénatals
- soins obstétricaux
- planification familiale
- soins aux nourrissons, y compris les vaccinations et contrôles de la croissance
- développement communautaire (prévention primaire des maladies, en particulier en ce qui concerne l'eau potable, l'évacuation des déchets solides et des eaux usées, soutien médical pour les accoucheuses traditionnelles, agents de santé villageois, travailleurs sociaux, initiatives en faveur des jeunes)

Hôpital de district

- Traitement ambulatoire et gestion des urgences
- Chirurgie (chirurgie moyennement complexe dans les domaines de l'obstétrique, de la chirurgie générale, de la traumatologie, de l'urologie)
- Soins conservateurs des cas graves
- Diagnostics techniquement complexes (radiologie, échographie, laboratoire)
- Formation continue (également pour le reste du personnel du district)
- Collaboration aux études cliniques et de santé publique et à la recherche opérationnelle
- Collaboration à la supervision des centres de santé/dispensaires
- Services techniques et maintenance (pour l'ensemble du district)

Equipe-cadre du district

- Planification et gestion du SSD, y compris la planification financière
- Affectation du personnel et formation continue
- Gestion des ressources matérielles, y compris l'approvisionnement de médicaments et de l'équipement
- Organisation de la supervision
- Approvisionnement ininterrompu en médicaments
- Coordination des études et de la recherche opérationnelle
- Coopération intersectorielle

5. Décentralisation

Depuis plusieurs années, les pays à faibles revenus ont comme politique de réforme déclarée de décentraliser l'administration dans la plupart des secteurs¹¹. Ce retournement politique est, en partie, une réponse aux échecs passés des décisions de gouvernements centralisés qui ne sont que trop souvent allées de pair avec la corruption. Il faut espérer que la décentralisation poussée du pouvoir décisionnel dans le secteur de la santé, comme dans les autres domaines, permettra une plus grande participation des citoyens, une plus grande justice sociale et une plus grande efficacité du système de soins de santé.

L'aspect démocratisation mis à part, on peut aussi espérer que la division du secteur national de la santé en sous-unités opérationnelles (districts de santé) améliorera la qualité et apportera des gains d'efficacité. Alors que les budgets sont revus à la baisse, il y a vraiment de bonnes raisons de recommander cette approche :

- La planification financière décentralisée est plus efficace car on dispose, au niveau local, d'informations plus précises sur les ressources nécessaires (par exemple en ce qui concerne le personnel, les médicaments, les transports, les travaux de rénovation, etc.). Au niveau national, on accorde trop peu d'attention aux différences entre les districts. Ils sont perçus comme des unités homogènes alors que chaque district a sa propre spécificité géographique, culturelle et économique. Et ainsi, de nombreuses ressources sont gaspillées.
- En raison de la proximité des organismes de contrôle, il est plus facile d'orienter, de contrôler et de modifier l'utilisation des fonds. Il est plus facile d'empêcher le mauvais usage des ressources, quelle qu'en soit la nature.
- Une plus grande proximité rend l'approvisionnement en moyens nécessaires plus fiable et permet d'améliorer les services de contrôle et de soutien technique. Cela permet d'atteindre de meilleures performances.

¹¹ La pression exercée par la coopération au développement et les institutions financières internationales sur les administrations nationales, qui sont souvent plus que réticentes face à la décentralisation, est indéniable.

Que signifient les « D » ?

La **décentralisation** est le transfert des pouvoirs de l'administration centrale, c'est-à-dire de l'autorité décisionnelle dans les domaines de la planification et de la gestion, à un niveau inférieur d'administration. Il en existe trois formes distinctes :

- **La déconcentration** concerne le transfert des fonctions administratives centrales, mais pas du pouvoir décisionnel, aux niveaux périphériques ou inférieurs d'administration.
- **La dévolution** est le transfert d'une importante souveraineté décisionnelle à des niveaux inférieurs d'administration (par exemple à un conseil local).
- **La délégation** est le transfert de responsabilités de gestion de l'administration publique à des organisations faisant l'objet d'un contrôle indirect, par exemple à une ONG.

- Le souci de satisfaire les clients doit contribuer à améliorer les performances du système de santé. Cette amélioration, à son tour, doit favoriser la demande de services. Cela devrait entraîner une augmentation des recettes des services de santé et renforcer la durabilité des améliorations.

A l'heure actuelle, aucun argument factuel convaincant ne s'oppose à cette réforme sectorielle. La résistance au processus de décentralisation est donc surtout de nature politique dans la mesure où la décentralisation constitue un déplacement des pouvoirs du niveau national au niveau régional. Cette résistance, surtout de la part des ministères concernés (ministère des Finances, ministère de la Santé et ministère chargé de l'administration, généralement le ministère des Administrations locales), prend fréquemment la forme de retards dans le processus de légalisation. Les révisions à n'en plus finir des différents projets peuvent affaiblir la réforme qui, au lieu de la dévolution initialement prévue, ne correspond plus guère qu'à une déconcentration.

Il faut toutefois tenir compte du fait que, souvent, les conditions techniques, politiques et administratives ne sont pas remplies au niveau auquel l'autorité doit être transférée. S'il faut d'abord, à ce niveau, créer les ressources humaines et les compétences en gestion et obtenir une véritable adhésion de la population, tout



La décentralisation exige des responsables du district de comprendre leurs nouvelles tâches et responsabilités (Tanzanie)

transfert prématuré de l'autorité décisionnelle peut être nuisible à toutes les parties concernées.

La qualité des nouveaux règlements et instruments de l'administration décentralisée (c'est-à-dire leur exhaustivité et leur efficacité) et la rapidité avec laquelle il est possible de créer les ressources humaines nécessaires pour que les membres du personnel puissent exécuter leurs tâches avec compétence et fiabilité sont des facteurs cruciaux de réussite.

Par sa compétence et son engagement, l'administration publique locale a un rôle capital à jouer pour la réussite de la décentralisation. Elle peut fortement contribuer à accélérer le processus en effectuant un travail sérieux d'information et en assurant la formation des membres du personnel affectés dans le district et dans les administrations locales, les services de santé et le conseil de district.

La décentralisation au niveau du district se traduit avant tout par une plus grande participation de la collectivité à l'organisation et au financement des services de santé dans les communes concernées. Une réglementation pertinente est essentielle et elle

peut être rédigée par un comité de gestion avant d'être appliquée avec rigueur par la commune. Les équipes-cadres et, le cas échéant, d'autres institutions non gouvernementales devraient soutenir la mise en place de ce comité et son travail ultérieur.

6. Intégration du secteur privé

Le système de santé de district inclut tous les acteurs et toutes les activités visant à préserver la bonne santé et traiter les maladies, indépendamment du caractère institutionnel du prestataire ou de l'étendue des services offerts. Le secteur privé joue un rôle de plus en plus important.

Il comprend tous les prestataires de services de santé non gouvernementaux : hôpitaux, centres de santé, médecins privés, cliniques, pharmacies et laboratoires privés ainsi que des banques de sang, etc. Il comprend également toutes les entreprises qui se sont engagées, par contrat, à assurer certaines fonctions telles que les travaux de blanchisserie et de nettoyage (contracting). Les guérisseurs et accoucheuses traditionnels sont bien entendu, eux aussi, des prestataires non gouvernementaux, mais ils sont classés différemment. Le nombre de tous ces prestataires dans le système de santé en général n'a cessé d'augmenter ces dernières années, surtout dans les zones urbaines.

Les prestataires privés peuvent être classés en quatre groupes principaux :

- les organisations confessionnelles
- les organisations sans but lucratif (par exemple les coopératives)
- les institutions et les personnes exerçant leurs activités dans un but lucratif
- les entreprises avec service médical intégré

Indépendamment de l'aspect financier, l'intégration de tous les services de santé dans le système de santé de district est un impératif logique. Car il faut s'assurer que tous les services potentiels sont pleinement exploités. Mais cet objectif continue de se heurter à une résistance (diminuant cependant petit à petit) de la part du gouvernement et des prestataires du secteur privé. Les causes profondes de cette résistance remontent généralement à d'anciens conflits entre l'Etat et l'Eglise, conflits qui ont empiré

dans de nombreux pays au moment de leur accès à l'indépendance. Récemment, sous l'influence du mouvement de réforme, les tensions ont commencé à s'estomper. Mais les conflits actuels s'alimentent encore d'accusations mutuelles.¹²

La première étape dans la voie de l'intégration des services de santé privés consiste à les inclure dans le réseau d'information et à s'assurer qu'ils participent correctement à la planification et à la gestion des ressources du district, ainsi qu'au contrôle de la qualité. Cela présuppose que les services non gouvernementaux acceptent le principe de transparence en ce qui concerne leurs recettes et leurs dépenses. Mais ce principe est accueilli avec un enthousiasme très limité, surtout de la part des églises.

Il est généralement admis que les lignes directrices et les règlements d'application de la politique de l'Etat ont un caractère obligatoire pour toutes les formations sanitaires. Toutefois, les services non gouvernementaux doivent bénéficier d'une certaine autonomie leur permettant de décider de leur orientation et de leur spécialisation. C'est en effet la diversité même des organismes de financement et des prestataires qui permet au système de santé de s'adapter aux nombreuses cultures qu'on peut trouver dans la population cible et de répondre à leurs besoins spécifiques.

Il est certain que pour survivre, les établissements de santé privés qui ne bénéficient pas de sources de financement externes doivent veiller à ce que leurs recettes couvrent leurs dépenses. Les recettes proviennent généralement de la tarification des services, ce qui revient à dire que les patients les plus démunis sont automatiquement exclus de ces services. Le problème de limitation de l'accès (équité) n'est pas acceptable du point de vue de la planification générale et une solution doit être trouvée au sein du district. L'équipe-cadre du district doit essayer de trouver des solutions pratiques, peut-être sous la forme de soins gratuits, de subventions ou d'autres modes de paiement.

L'intégration des pharmacies privées dans le système de santé impose à ces dernières qu'elles acceptent le principe de fournir les

¹² C'était, et cela reste, une question de pouvoir. Le gouvernement n'appréciait guère la relative indépendance des autorités confessionnelles soutenues par l'extérieur, alors que les autorités confessionnelles refusaient de se laisser « annexer » par l'Etat. L'Etat accuse l'Eglise de ne pas vouloir révéler et partager ses ressources, alors que cette dernière accuse l'Etat de mauvaise gestion et de manque de fiabilité, accusation qui la pousse à refuser de partager ses ressources.



Apprendre à partir de l'histoire

En Tanzanie, on a organisé une exposition de posters retraçant l'histoire des services de santé dans le pays. L'exposition fournit des informations de base sur l'évolution du système sanitaire en Tanzanie et permet de mieux comprendre les réformes mises en œuvre aujourd'hui dans le secteur de la santé. Elle met l'accent sur les problèmes de santé les plus importants et fait ressortir les efforts entrepris par le système pour les surmonter.

On peut suivre dans cette exposition le développement de la médecine moderne et traditionnelle, la période coloniale allemande et britannique et le système sanitaire moderne, ainsi que les contributions apportées par les missions et les églises dans l'implantation du système de santé.

A son indépendance, en 1962, la Tanzanie entreprit de mettre en place un système de santé conforme à celui des pays industrialisés. Mais le pays était affecté par une longue période de déclin politique et économique continu provoquant une dilapidation du système sanitaire.

Finalement, dans les années 90, des réformes fondamentales structurelles et administratives du secteur de la santé débutèrent. Jeter un regard sur le passé historique et analyser comment les réformes furent à l'époque planifiées et appliquées peut aider à tirer des leçons essentielles pour les activités d'aujourd'hui.

(Photo : Tanzanie 1929, dans D.Clyde : L'histoire des services médicaux en Tanganyika)

médicaments essentiels sous la forme de médicaments génériques. Comme on peut s'y attendre, cette idée se heurte à une résistance de leur part, non seulement parce qu'elle est contraire aux intérêts commerciaux individuels des pharmaciens, mais également parce qu'elle touche l'ensemble du secteur de la pharmacie du pays et l'industrie pharmaceutique internationale qui se trouve derrière. Il importe de trouver des compromis permettant d'une part, d'assurer la disponibilité continue des médicaments essentiels sous leur forme générique et d'autre part, de vendre des médicaments de marques. Encore un problème à résoudre pour l'équipe-cadre du district (et bien entendu pour les niveaux supérieurs).

Le rôle des guérisseurs traditionnels et des accoucheuses traditionnelles est très différent de celui des prestataires privés car ces deux groupes font partie intégrante de la communauté et de la culture ethnique qui lui est propre. Leur intégration dans le système « moderne » de soins de santé et dans son administration est donc difficile et présente un intérêt dont on peut douter.

Toutefois, dans l'intérêt des soins aux patients, il faut s'efforcer de contacter ces groupes, voire de collaborer avec eux pour résoudre certains problèmes de santé (par exemple les problèmes d'hygiène ou de lutte contre le VIH/SIDA). Seule une reconnaissance mutuelle des forces et des faiblesses des deux systèmes de soins de santé peut constituer la base d'une coopération bénéfique.

7. Coopération intersectorielle

Dans chaque pays, la société est divisée en secteurs pour des raisons administratives et politiques, mais on n'accorde généralement aucun intérêt au fait que les gens ne pensent pas en termes de secteurs. Même si on a pu constater à maintes reprises que la coopération intersectorielle est vitale pour le développement, sa mise en œuvre ne répond jamais aux attentes. Cette aversion ou cette incapacité à pratiquer la coopération intersectorielle se retrouve à tous les niveaux, de la communauté locale aux ministères. Le mouvement de réforme de ces dernières années s'est efforcé de réunir différents secteurs, mais dès qu'il est question de sources de financement, des difficultés quasi insurmontables resurgissent.

Pour le secteur de la santé, la coopération intersectorielle concerne plus particulièrement les domaines des affaires sociales, de l'éducation, de l'approvisionnement en eau, de l'assainissement et de l'agriculture. On constate assez souvent des formes spontanées de coopération plus ou moins étroite qui, malheureusement, ne résistent généralement pas à l'épreuve du temps.

Sector Wide Approaches (SWAp)

Il s'agit d'une nouvelle approche qui envisage une coopération de tous les intervenants sur la base d'un programme commun, au lieu de mener une multitude de projets et programmes qui restent fragmentés et mal coordonnés. Cette approche est considérée comme plus efficiente.

Trois caractéristiques sont essentielles pour un SWAp :

- Le Gouvernement doit en prendre la direction.
- Tous les partenaires sont d'accord sur la planification commune et un suivi commun.
- Les partenaires et le Gouvernement développent des procédures de financement et de management modernes.

SWAp est une approche stratégique et pas une méthode de type 'pooling of funds' (ce qui n'est qu'une méthode de financement parmi d'autres).

SWAp implique de nouvelles formes de relations entre les partenaires de développement.

Dans de nombreux pays, il y a récemment des efforts pour améliorer la coopération entre tous les partenaires au développement sous le couvert des *Sector Wide Approaches (SWAp)*. Mais cette approche amène à se demander si la concentration sur un secteur unique - dans ce cas le secteur de la santé - n'est pas un obstacle aux approches intersectorielles.

Les formes de coopération institutionnalisées, telles que les comités intersectoriels au niveau du district, constituent d'importantes plates-formes pour les échanges d'informations et la mise en œuvre de projets communs. Les comités intersectoriels de lutte contre le VIH/SIDA constitués dans de nombreux pays pourraient donner l'élan nécessaire pour s'attaquer au problème.

La réponse des districts face au VIH / SIDA

On considère que la lutte contre le VIH / SIDA est plus efficace si elle est menée à travers une approche intersectorielle au niveau du district plutôt qu'à travers un programme national vertical. De plus, le fait d'intégrer tous les districts d'une région dans un programme régional augmente encore l'impact du programme global.

Les services de santé jouent un rôle essentiel dans le diagnostic et le traitement des malades, mais aussi dans la communication avec la communauté sur tous les sujets qui relèvent de la santé. Mais la prévention de la transmission du VIH / SIDA ne peut finalement être couronnée de succès que si les couples adoptent des comportements sexuels dits « sûrs ». Pour atteindre ce but, il faut que tous les secteurs de la société, en particulier le secteur de l'éducation, soient impliqués.

La coordination entre les différents intervenants exige la création de comités intersectoriels au niveau du district et de la région. Les institutions spécialisées et les initiatives de la société civile devraient faire partie de ces comités. Les hommes politiques en charge doivent avoir conscience de l'ampleur et de la dynamique de la maladie ainsi que des mesures prioritaires à prendre dans leur zone d'influence pour combattre la maladie.

Les principales activités du programme devraient comprendre :

- Le contrôle des maladies sexuellement transmissibles (MST)
- La promotion sanitaire, le plaidoyer et la mobilisation des ressources
- Les conseils et tests volontaires (CTV)
- Le conseil et les soins à domicile (personnes vivant avec des tests positifs de VIH / SIDA, orphelins)
- La prévention de la transmission mère-enfant (PTME)
- L'aide apportée aux laboratoires spéciaux pour les tests VIH / SIDA
- La sécurité du personnel dans les services de santé
- La surveillance du VIH et des MST
- Le traitement avec médicaments antirétroviraux (TAR)

A cet égard, la compétence et la fiabilité de l'équipe-cadre du district sont cruciales, mais une coopération spécifique entre deux secteurs (par exemple ceux de la santé et de l'éducation) est logique et donne de bons résultats dans certains cas.

Sources d'informations complémentaires

- Cassels, A. (1997) A guide to sector-wide approaches for health development: concepts, issues and working arrangements; WHO, DANIDA, EC, DFID
- Diesfeld, H.J., Falkenhör, G., Razum, O., Hampel, D. (2001) Gesundheitsversorgung in Entwicklungsländern; Springer Berlin, Heidelberg, New York
- Diesfeld, H.J. (1989) Gesundheitsproblematik der Dritten Welt; Darmstadt
- King, M. (1966) Medical care in developing countries; Oxford University Press
- Mantel, M., Aboum, A., Becker, G., Kwayu, C. (2003) State/Church cooperation on social services in Tanzania, evaluation of the « model cooperation »; Christian Social Services Commission (CSSC), EED, Misereor, GTZ
- Mills, A., Vaughan, J.P., Smith, D.L., Tabitzadeh, I. (1990) Health system decentralization, concepts, issues and country experience; WHO, Geneva
- McKeown, T. (1979) The role of medicine. Dream, mirage or nemesis? Birmingham
- Nougara, A., Sauerborn, R., Oepen, C., Diesfeld, H.J. (1989) Assessment of MCH services offered by professional and community health workers in the district of Solenzo, Burkina Faso; J. Trop. Ped., Vol. 35
- Rifkin, S., Walt, G. (1986) Primary health care vs. selected primary health care: process vs. programme; Soc. Sci. Med. 22
- Rifkin, S., Walt, G. (1986) Why health improves: defining the issues concerning comprehensive health care and selective primary health care; Soc. Sci. Med. 23
- Schmidt-Ehry, B., Lauckner, K. (2002) Sector investment programmes, sector development programmes, sector wide approaches - Nouveaux défis pour la coopération au développement dans le domaine de la santé; GTZ Eschborn
- Tarimo, E. (1991) Towards a healthy district: organizing and managing district health systems based on primary health care; WHO, Geneva
- Unger, J.P., Killingsworth, J.R. (1986) Selective primary health care: a critical review of methods and results; Soc. Sci. Med. 22, No. 10

- Van Balen, H. (1990) Alma-Ata : Un échec du modèle proposé ou un échec des interprétations du modèle ? IMT Antwerp
- WHO/UNICEF (1978) Alma-Ata 1978, Primary health care, Report of the International Conference on Primary Health Care ; Geneva
- WHO (2000) World Health Report
- World Bank (1994) Better Health in Africa - Experience and Lessons Learned, Washington DC
- World Bank (1993) World Development Report 1993 - Investing in Health, Washington, DC

2. Planification et gestion

par Rainer Kuelker & Helmut Goergen

1. Introduction
2. Planification au niveau du district
3. Administration et gestion
4. Gestion de la qualité
5. Supervision
6. Système d'information et de suivi (monitoring)



La gestion de la qualité doit se préoccuper de féliciter et d'encourager les meilleurs services de santé dans le district (Tanzanie)

1. Introduction

Pour pouvoir planifier des activités au niveau du district de santé, il faut d'abord répondre à certaines questions :

- Sur quelle période porte la planification? Cherche-t-on à produire un plan complet de développement sur plusieurs années ou un plan d'opérations à court terme (ou les deux)?
- La planification se limite-t-elle à un seul secteur ou entre-t-elle dans le cadre d'un plan de développement de district à moyen terme?
- De quelles ressources humaines et financières pense-t-on pouvoir disposer?
- Tous les organismes actifs dans le secteur (Etat, ONG, organismes confessionnels, prestataires privés) participent-ils à la planification et est-il tenu compte de leurs intérêts spécifiques?

Nous allons nous concentrer ici sur la mise à jour annuelle du plan de santé de district qui sert également de base à la planification à moyen terme. La planification aux niveaux inférieurs et les autres méthodes de planification, par exemple les tables rondes, ne sont pas traitées dans le présent document.

2. Planification au niveau du district

Pour l'équipe-cadre du district, la tâche de planification la plus fréquente est celle qui consiste à préparer un plan annuel de distribution des soins de santé; c'est pourquoi nous allons l'examiner en détail. La planification aboutira à la rédaction d'un

Chapitres d'un plan standard de district

1. Introduction
2. Analyse de la situation
3. Evaluation des ressources
4. Problèmes de santé prioritaires
5. Interventions prévues
6. Plan d'opérations
7. Contrôle
8. Hypothèses et risques

document que toutes les parties s'engagent à respecter. Pour cette raison, ce document doit être rédigé avec un soin extrême et avec la participation des principaux acteurs du secteur de la santé. Le ministère de la Santé ou les autorités sanitaires régionales peuvent encourager ce processus en faisant préparer des lignes directrices claires et, pourquoi pas, en mettant des facilitateurs expérimentés à la disposition des équipes de planification.

La planification doit suffisamment tenir compte de la situation actuelle dans le district et de perspectives de développement réalistes. Sur la base d'une longue expérience des documents de planification, on a développé une méthode de planification (plan standard de district) bien adaptée aux compétences et aux besoins des responsables au niveau du district.

Introduction

Le document de planification doit être compréhensible pour des personnes qui n'ont pas l'habitude de planifier dans le secteur de la santé, par exemple pour les membres d'un comité de développement intersectoriel de district. L'introduction doit donc souligner la nécessité et l'importance d'un plan de ce type. Elle doit préciser dans quelle mesure la planification et ses objectifs correspondent aux objectifs nationaux et présenter les méthodes de planification utilisées. Elle doit décrire les caractéristiques géographiques, socio-économiques et administratives du district, fournir les données démographiques les plus importantes (nombre d'habitants, taux de mortalité, répartition de la population entre zones urbaines et rurales) et s'efforcer de donner un aperçu des problèmes de santé existants.

Analyse de la situation

L'analyse de la situation examine la situation épidémiologique du district. Lorsqu'elles sont disponibles, les statistiques de morbidité et de mortalité doivent être mentionnées et les caractéristiques épidémiologiques spécifiques (épidémies, maladies rares, malnutrition) doivent être présentées.

Ce chapitre doit également servir à donner une description complète du système de santé en place, en commençant par les établissements de santé existants. Il doit indiquer leur nombre et leur type, préciser qui les dirige et combien d'habitants ils

desservent. En plus, il doit évaluer l'état et la maintenance des bâtiments et des équipements. L'utilisation de tableaux du type de celui qui est donné en exemple ci-dessous est un bon moyen de présenter ces informations de sorte qu'elles soient faciles à lire et à interpréter.

Tableau 1 : Etat des lieux des services de santé du district

Nom de l'établissement	Type	Responsable	Nombre d'habitants dans la zone desservie	État des bâtiments	Niveau acceptable (oui/non)

Dans les zones rurales, il peut être souhaitable d'ajouter une autre colonne dans la Figure 2 : « Nombre d'habitants vivant dans un rayon de 5 km ». Car l'expérience montre que lorsque la distance est supérieure à 5 km, les gens ont tendance à ne pas se rendre régulièrement ou en cas de besoin dans les établissements de santé.

Il est également souhaitable de définir certains des indicateurs de santé les plus importants dans la mesure où ces derniers donnent au lecteur un bon aperçu des principaux problèmes de santé rencontrés dans le district (Fig. 3).

Il est souhaitable de présenter ces données sous forme de tableau, avec les chiffres des années précédentes pour faciliter les comparaisons. Il est alors facile d'identifier les tendances et les domaines sur lesquels la planification doit être axée.

L'analyse de la situation et des problèmes est complétée par une brève description de toutes les autres activités du secteur en mettant plus particulièrement l'accent sur celles qui sont organisées et gérées par les collectivités elles-mêmes. A ce stade, il convient de décrire les activités des agents de santé communautaires, des accoucheuses traditionnelles, des auxiliaires dans le secteur de la planification familiale et dans les comités de collectivités.

En plus, il faudrait mentionner les thèmes et les stages de formation offerts au personnel médical dans les établissements de formation du district.

Tableau 2 : Exemples d'indicateurs importants utilisés pour effectuer l'analyse de la situation dans un district (voir aussi la Section 5).

Indicateurs	2003	2004	2005
■ Personnes utilisant les heures de consultation générales			
■ Consultations prénatales			
■ Vaccins contre le tétanos pendant la grossesse			
■ Couverture vaccinale (DTP3)			
■ Nombre de consultations de planification familiale (CYP)			
■ Nouveaux cas de TB diagnostiqués			
■ Nombre de cas de VIH / SIDA			
■ Nombre de cas de malaria			
■ Accouchements avec assistance médicale			
■ Taux de césariennes			
■ Taux de mortinaissances			
■ Taux de malnutrition chez les enfants			
■ Taux d'enfants de poids insuffisant			

Evaluation des ressources

Chaque équipe-cadre du district doit avoir une bonne connaissance des ressources humaines disponibles. Les administrations publiques fixent généralement des niveaux de dotation en personnel pour les divers établissements de santé. Ces chiffres doivent être consultés et comparés avec les niveaux réels de dotation en personnel. Cette comparaison permet de voir s'il est possible de transférer du personnel et d'identifier les profils de formation les plus nécessaires. Il ressort presque toujours de cette comparaison que les pénuries de personnel doivent être perçues de manière plus différenciée. Souvent, ce sont uniquement des agents avec formation spécifique qui font défaut alors que le district se trouve en sureffectif en ce qui concerne le personnel non

Tableau 3 : Ressources humaines

Catégories de personnel	Personnel prévu	Personnel réellement disponible	Sur/sous-dotation en personnel
Généralistes			
Chirurgiens			
Personnel infirmier			
Sages-femmes			

qualifié. Le tableau suivant permet de se faire une bonne idée de la situation.

Il serait très utile d'inclure une analyse de la situation du personnel dans les services privés du district.

Pour que la planification s'appuie sur du solide, il est essentiel d'établir aussi une liste des ressources matérielles et financières disponibles. Les informations suivantes doivent être disponibles :

- budget total et sources de financement de l'année précédente ;
- fonds annoncés pour la période de planification et sources de financement ;
- budgets alloués aux programmes verticaux et contributions des organisations partenaires ;
- inventaires des équipements techniques et médicaux des établissements de santé ;
- rapport sur l'état des bâtiments des établissements de santé et sur les mesures de maintenance ;
- cours de perfectionnement prévus pendant la période de planification.

Tableau 4 : Différents points de vue pour déterminer les problèmes prioritaires en santé publique

Problèmes perçus par	Importance	Faisabilité de la gestion des cas
le personnel du service de santé	Degré de gravité médical Incidence	Thérapies disponibles Personnel qualifié Coûts
la population locale	Perception de la maladie et son impact sur la communauté/famille Evaluation de la maladie propre à la culture	Acceptation des solutions et méthodes offertes

Problèmes de santé prioritaires

Le manque de ressources disponibles doit pousser les districts de santé à axer leurs efforts sur les problèmes de santé prioritaires. L'équipe de planification doit donc évaluer l'importance relative des différents problèmes de santé. Diverses méthodes peuvent être utilisées, mais en tout cas, deux faits doivent être pris en compte.

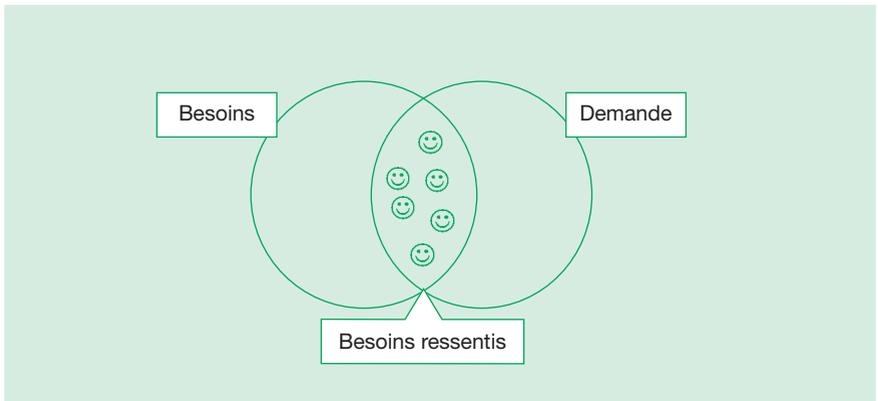
La population et le personnel du service de santé évaluent parfois les problèmes de santé différemment. Il faut tenir compte des deux points de vue pour définir les priorités.

Les activités relatives à la santé seront plus efficaces si les *besoins* identifiés par le personnel du service de santé correspondent à la *demande* exprimée par la population locale.¹³

Il s'agit ici d'un exemple de concept permettant de déterminer les problèmes prioritaires de santé publique.

Lorsque les besoins correspondent à la demande, on parle de « besoins ressentis ». Le rapport entre la demande et les besoins n'est pas constant. Il se transforme et est déterminé dans une large mesure par le dialogue entre le personnel du service de santé et la population locale. Des activités de conseil ciblées en matière de

Figure 1 : Besoins ressentis



¹³ Les méthodes adoptées par la Banque mondiale, selon lesquelles on utilise les DALY (*disability-adjusted life years* : années de vie corrigées de l'incapacité) et les QALY (*quality-adjusted life years* : années de vie corrigées de la qualité de vie) pour identifier les problèmes de santé prioritaires ne sont pas encore employées dans les travaux pratiques au niveau du district.

santé (promotion de la santé) peuvent donc influencer la dynamique. Mais les décisions politiques l'influencent aussi. Par exemple, les activités de conseil concernant les diverses méthodes de planification familiale peuvent contribuer à faire augmenter la demande dans ce domaine. Mais si la population locale exprime fortement son souhait de bénéficier d'un meilleur approvisionnement en eau, cela peut encourager les leaders locaux à investir plus dans ce domaine.

Lorsque l'équipe de planification n'a pas encore établi de système précis, il est conseillé d'utiliser des critères simples pour évaluer l'importance relative des problèmes de santé. Ces critères doivent tenir compte :

- de l'incidence de la maladie,
- du degré de gravité de la maladie,
- des possibilités de traitement de la maladie à un coût acceptable,
- des points de vue de la population locale.

Les statistiques générales donnent des informations sur *l'incidence des maladies*.

Le *degré de gravité* peut être évalué au moyen des questions suivantes :

- La maladie est-elle mortelle ou entraîne-t-elle une grave détérioration de la santé si elle n'est pas traitée ?
- Le traitement a-t-il une action réelle sur l'évolution de la maladie ?

Pour évaluer les *possibilités de traitement* d'une maladie, il faut tenir compte des aspects suivants :

- Les établissements de santé devraient disposer des ressources techniques et humaines pour traiter la maladie.
- Le traitement devrait être abordable pour la majorité de la population.
- Lorsque le traitement est relativement coûteux, tous les établissements de santé ne disposent pas des ressources nécessaires pour l'appliquer (TB, lèpre, par exemple).
- Lorsque le traitement est très coûteux, long et pas toujours efficace, il faut transférer les patients vers un autre établissement (en cas de cancer, par exemple).

Les *points de vue de la population* peuvent être perçus en fonction des réponses données aux questions suivantes :

- Dans quels cas de maladie et avec quelle régularité est-ce que la population va consulter d'abord les guérisseurs traditionnels ?
- Dans quels cas de maladie et selon quels critères la population considère-t-elle la « médecine moderne » plus efficace que les méthodes traditionnelles ?
- Quels sont les facteurs majeurs qui déterminent la confiance (ou bien la perte de confiance) de la population dans les services « modernes » de santé ?

Tableau 5 : Exemple de grille utilisée dans le cadre d'un plan de santé pour évaluer l'importance relative des maladies fréquentes dans le district (Lushoto, Tanzanie)

Diagnostic selon la fréquence	Gravité	Faisabilité de la gestion des cas (coût, équipement, personnel)	Point de vue de la population	Classement
1 Malaria (+++)	+++	+++	+++	12 points = 1
2 ARA (+++)	++	+++	++	10 points = 3
3 Vers intestinaux (+++)	+	+++	+	8 points = 8
4 Pneumonie (+++)	+++	++	+++	11 points = 2
5 Infection de l'oreille (++)	++	+++	++	9 points = 5
6 Diarrhée (++)	++	+++	+++	10 points = 3
7 Anémie (++)	++	+	+	6 points = 10
8 Infection de l'œil (++)	++	++	+	7 points = 9
9 Salpingo-oophorite (+)	+++	+++	++	9 points = 5
10 Écoulements génitaux (+)	+++	+++	++	9 points = 5

En plus, l'évaluation des problèmes de santé inclut l'identification des faiblesses et difficultés de la structure et de l'organisation du système de santé. L'équipe-cadre doit planifier les activités prioritaires au fur et à mesure. Les domaines suivants sont les plus frappants :

- infrastructure (bâtiments) ;
- équipement médical et technique des établissements ;
- besoins en formation du personnel ;
- transport ;
- alimentation en eau et assainissement dans le district ;
- dispositions en cas de catastrophes (épidémies, inondations, etc.).

Interventions prévues

Lorsque les informations ci-dessus sont disponibles et lorsque les problèmes ont été classés par ordre de priorité, on peut alors déterminer les résultats attendus et les interventions nécessaires pour obtenir ces résultats. Il faut que les résultats à atteindre soient conformes à la politique nationale et que les activités soient formulées de manière aussi précise et concrète que possible. (Fig.8).

L'étape suivante consiste à établir le coût des activités prévues. Il faut faire une différence entre les dépenses de fonctionnement nécessitées par les opérations au niveau du district et les dépenses engagées pour des activités spécifiques servant à développer le district et à améliorer la qualité du travail à ce niveau (budget de développement). Quant au calcul des coûts, il faut distinguer les coûts unitaires et les coûts annuels. Les sources de financement doivent être précisées.

Tableau 6 : Exemple d'un résultat à atteindre et des activités nécessaires à cet effet

Résultat	Activités
Dans les établissements de santé de district, le taux de mortalité par malaria est inférieur à celui de l'année précédente.	<ul style="list-style-type: none">■ Former le personnel du service de santé au traitement moderne de la malaria.■ Mener des campagnes de traitement des maladies fébriles dans les ménages.■ Organiser une campagne en faveur des moustiquaires imprégnées.

Les dépenses de fonctionnement (budget de fonctionnement) comprennent généralement les rubriques suivantes :

- les salaires,
- les indemnités journalières,
- le carburant pour les véhicules et les groupes électrogènes,
- le matériel de bureau,
- l'entretien et la maintenance des bâtiments et de l'équipement technique,
- les médicaments et les produits médicaux consommables.

Tableau 7 : Budgétisation du plan de santé de district

A. Dépenses de fonctionnement	Coûts unitaires	Coût par an	Financés par
Frais de personnel Indemnités journalières Carburant Matériel de bureau Entretien et maintenance (véhicules/équipements techniques) Entretien et maintenance (bâtiments) Médicaments/produits médicaux consommables			
B. Dépenses de développement (pour des activités spécifiques) Formation complémentaire à la lutte contre la TB Rénovation d'un centre de santé Campagne contre la malaria etc.			

Les dépenses engagées pour des activités spécifiques (budget de développement) incluent :

- toutes les activités de formation et de perfectionnement,
- les activités de rénovation, d'extension et de construction des hôpitaux et des établissements de santé,
- l'acquisition de véhicules, d'équipements techniques neufs, etc.

Plan d'opérations

Le *plan d'opérations* (élaboré en général sur un an) permet de prévoir les activités de manière réaliste et empêche l'équipe-cadre du district d'établir des plans trop ambitieux qui dépasseraient les possibilités budgétaires. Une visualisation sous forme de tableau est une aide précieuse.

Tableau 8 : Exemple de plan d'opérations (sans activités détaillées)

Résultat escompté / Activité	Calendrier												Respon- sable	Source de financement
	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D		
Supervision														
Formation complémen- taire à la lutte contre la TB														
Rénovation d'un centre de santé														
Campagne contre la malaria														
etc.														

Suivi

Dès l'étape de planification, il faut déterminer les méthodes de suivi des activités (monitoring). Le suivi est essentiel puisqu'il permet d'observer la façon dont les activités sont mises en œuvre et surtout si les résultats escomptés ont été obtenus ou non. Il faut spécifier au moins un indicateur pour chaque résultat. Pour choisir des indicateurs, il doit être tenu compte des caractéristiques et des critères de qualité acceptés en ce qui les concerne. Ces indicateurs doivent définir *ce qui doit être mesuré, quand, où et comment*. L'indicateur lui-même doit aussi être mesurable sans que cela engage des dépenses majeures. La méthode de suivi choisie doit être telle que si différentes personnes l'utilisent, elles arrivent toutes à la même conclusion.

Des repères (« milestones » et « benchmarks ») doivent également être définis¹⁴ pour mesurer ou présenter les progrès réalisés par rapport aux résultats escomptés.

Il est inutile d'associer un indicateur à chaque activité, car les indicateurs d'activités ne donnent guère d'informations sur l'impact des activités. Ils permettent simplement de dire si une activité prévue a eu lieu.

¹⁴ L'expression est utilisée dans le sens de critère de référence (par exemple dans des institutions ou des systèmes comparables) ou de norme de performance par rapport auquel/à laquelle on peut mesurer ses propres performances et prévoir les efforts à fournir.

Hypothèses et risques

Cette étape donne à l'équipe de planification la possibilité de situer l'ensemble du processus de planification dans le contexte général. La mise en œuvre des activités planifiées ne peut par exemple démarrer que si tous les partenaires concernés (collectivité locale ou autorités municipales, ministère de la Santé, bailleurs de fonds, ONG) tiennent leurs engagements. A partir de la situation réelle et actuelle, il faut identifier les hypothèses et les risques qui peuvent influencer la réalisation de la planification. Pour définir les risques de la manière la plus réaliste possible, il est nécessaire de se poser les questions suivantes :

- Les promesses de financement sont-elles relativement fiables ?
- Peut-on compter sur les mutations de personnel prévues ?
- Le soutien technique attendu est-il disponible ?
- Des facteurs épidémiologiques imprévus (épidémies, accroissement inattendu de l'incidence de certaines maladies) pourraient-ils compliquer la mise en œuvre de la planification ?

3. Administration et Gestion

Efficacité de l'administration

L'équipe-cadre du district est chargée d'administrer le district de santé. La plupart des pays réglementent la composition de l'équipe, mais la constitution de cette dernière ne reflète pas toujours les tâches principales incombant au district. Il faut, dans la mesure du possible, s'assurer que les compétences et les qualifications des membres du personnel correspondent aux tâches à assumer (Fig. 11).

L'administration ne peut être efficace que si chaque membre du personnel dispose d'un descriptif précis des tâches à accomplir (cahier des charges) et s'il est correctement préparé à les assumer et à respecter les procédures adoptées. Les descriptifs de tâches doivent être basés sur les documents de planification pertinents pour le district (plan de développement du district, etc.) pour s'assurer que le profil professionnel de chaque membre du personnel est adapté aux besoins du district.

Tableau 9 : Composition recommandée d'une équipe-cadre de district

Membres	Tâches
Chef du service médical de district	Coordination de toutes les activités, responsabilité générale
Médecin principal de l'hôpital	Responsable de toutes les activités hospitalières, doit également participer à la supervision
Coordinateur – santé reproductive	Lutte contre les MST, lutte contre le SIDA, planification familiale, obstétrique
Coordinateur – médecine préventive	Vaccination, mesures d'hygiène, contact avec la population locale, activités au niveau communautaire
Pharmacien	Fourniture des médicaments et produits médicaux consommables à tous les niveaux
Responsable de la logistique / spécialiste de la maintenance	Responsable des équipements, de la maintenance des appareils techniques et médicaux ainsi que des bâtiments

Chaque district doit disposer de règlements administratifs clairs, compris et acceptés par le personnel. Il faut donner au personnel les lignes directrices et les explications dont il a besoin pour lui permettre d'organiser les activités des services de santé. Il pourra s'agir :

- de dispositions réglementant le droit des représentants communaux à participer aux décisions concernant les questions financières et administratives ;
- de règlements concernant l'approvisionnement en médicaments (système de commande, stockage, destruction des médicaments périmés) ;
- d'instructions concernant l'orientation des patients ;
- de règles déterminant les motifs et la forme des visites à domicile par le personnel du service de santé.

Chaque établissement de santé dispose d'un certain nombre d'outils administratifs au nombre desquels doit figurer ce qui suit :

- registre de caisse (conservé dans un endroit fermé à clé et auquel seuls des membres agréés du personnel ont accès) ;
- grand livre pour noter les recettes et les dépenses ;



Tous les membres de l'équipe-cadre doivent être impliqués dans les procédures de planification et de gestion (Tanzanie)

- dossier pour les pièces comptables et les factures (avec des règles précisant qui est habilité à signer quoi) ;
- dossier pour les rapports de supervision ;
- archivage des comptes rendus des réunions du comité de la santé ;
- registre des principaux services (soins prénatals, contrôles de développement des enfants, registre des naissances, registre des heures de consultation, registre du laboratoire) ;
- formulaires pour les orientations, les examens spéciaux, etc.

Tous ces outils administratifs doivent être simples à comprendre, faciles à utiliser, efficaces et faciles à contrôler. Des instructions écrites pour chaque instrument facilitent l'utilisation de ce dernier par les membres du personnel.

Souci de satisfaire les clients

On peut mesurer l'efficacité d'une organisation selon les avantages qu'en tirent ses clients (dans ce cas, les patients). Le système doit être organisé de telle sorte que chaque patient puisse recevoir des soins de manière *permanente* (jour et nuit).

Il faut donc mettre en place un système permettant de s'assurer que le personnel nécessaire est de service. Lorsque des membres du personnel effectuent certaines tâches en dehors de l'établissement de santé (par exemple, visites à domicile ou campagnes de vaccination), il faut s'assurer que l'établissement reste ouvert et que du personnel qualifié est présent.

Les services curatifs et préventifs doivent être *intégrés* (traiter une mère malade et en profiter pour vacciner son enfant, par exemple). L'organisation doit toujours s'efforcer d'identifier les cas à haut risque dans la salle d'attente et de les traiter en priorité.

Le problème bien connu de la clé...

... plus qu'une simple anecdote ! Un patient est admis la nuit aux urgences et doit être immédiatement opéré, mais le bloc opératoire est fermé à clé. Seul l'infirmier du bloc a une clé mais il n'est pas en service et n'est pas chez lui, si bien qu'il faut partir à sa recherche dans le voisinage...

De nombreux scénarios similaires viennent à l'esprit. Certains vont jusqu'à dire que pour véritablement lancer le développement, il suffirait que la clé soit toujours au bon endroit, au bon moment.

Pour réduire les *délais d'attente*, il faut étudier l'organisation des procédures avec les patients et la rendre si possible plus efficace.

Il faut rédiger des *descriptifs de poste, des règlements et des plans de travail* pour tous les membres du personnel et pas seulement pour les membres de l'équipe-cadre du district.

Système de référence

L'administration du district doit accorder une attention spéciale au *système de référence*. Il n'est pas possible de résoudre de manière satisfaisante les aspects techniques d'une orientation vers l'hôpital sans la coopération de la collectivité locale. Il importe en

particulier de régler les questions de transport et de financement.

En principe, tous les établissements de santé doivent être reliés par téléphone ou par radio à l'hôpital de district où ils peuvent demander une ambulance. Mais ce service est coûteux et il est difficile d'en disposer de manière continue.

Lorsqu'il n'existe pas de liaison par téléphone ou par radio et qu'aucune ambulance n'est disponible, il faut trouver d'autres solutions (véhicules de la commune, commerçants ou taxis). Il faut savoir aussi précisément que possible comment doivent être financés les coûts de l'orientation et du traitement ultérieur. L'équipe-cadre du district doit évaluer la qualité du système d'orientation en fonction des réponses aux questions suivantes :

- Est-ce que la population et le personnel du service de santé savent comment gérer une orientation d'urgence ?
- Est-il possible d'orienter un patient vers l'hôpital sans perdre de temps, par exemple même si le patient ou sa famille n'a pas les moyens de payer le transport ?
- Est-il certain que le patient, une fois envoyé à l'hôpital, sera immédiatement traité par du personnel compétent ?

Pour plus de détails sur le système de référence, se reporter au chapitre 3 – « Services de santé du premier échelon ».

Gestion du personnel

La gestion du personnel est la tâche la plus importante et peut-être la plus difficile. Il faut que l'équipe-cadre du district identifie avec précision le besoin en agents qualifiés et auxiliaires et assure l'emploi effectif du personnel nécessaire. Souvent, les plans officiels de dotation en personnel ne correspondent pas aux véritables besoins¹⁵ ou à la capacité d'un district à fournir le personnel nécessaire. Pour cette raison, il est important que l'équipe-cadre du district se montre très prudente lors de l'identification des besoins en personnel.

La différence entre les zones rurales et urbaines constitue une autre difficulté rencontrée dans de nombreux pays en ce qui

¹⁵ Généralement, à l'hôpital, les plans d'emploi sont liés au nombre de lits ; c'est pourquoi on constate souvent une forte résistance (dissimulée) à la réduction du nombre de lits en fonction des besoins réels.

Utilisation d'ordinateurs au niveau du district

Expérience menée dans la région de Tanga (Tanzanie)

Malgré les fréquentes coupures de courant qui peuvent encore poser des problèmes, l'utilisation de l'ordinateur se généralise, même dans les districts ruraux d'Afrique. L'informatique peut contribuer à réduire les charges de travail et faciliter les communications, ce qui constitue un plus considérable, notamment pour les régions isolées.

Conditions nécessaires :

- Electricité
- Matériel : PC compatible IBM, par exemple un Pentium III avec moniteur, lecteur de disquettes 1,44 Mo, lecteur-graveur de CD-ROM, onduleur. Le matériel doit être couvert lorsqu'il n'est pas en service.
- Une pièce non humide, non exposée à la lumière directe du soleil et à la poussière et protégée contre le vol.

La formation doit avoir lieu sur place ou dans un centre de formation voisin équipé de 2 à 4 ordinateurs. Un formateur qualifié doit être disponible pour les séances de suivi, y compris pour assurer l'entretien du matériel et la maintenance du logiciel (programmes antivirus, par exemple).

Pour chaque district, quatre membres du personnel (équipe cadre du district et hôpital) doivent suivre

(1) une formation de base sur

- | | |
|-----------------|--|
| ■ MS-WORD | Traitement de texte
Mise en page |
| ■ MS-Excel | Tableur |
| ■ SIGS national | Entrée et communication de données (équipe-cadre au MD, MD au MR), analyse des indicateurs, rétro-information à l'équipe-cadre |

(2) Séances de suivi de formation sur place axées sur deux personnes (formation supérieure).

L'expérience montre que malgré le niveau élevé de motivation, les progrès sont lents. Il est indispensable de se montrer patient ! La formation individuelle est préférable car les logiciels de formation ne sont pas encore largement acceptés.

concerne la dotation en personnel. Il n'est pas rare que les établissements urbains soient en sureffectif alors que les établissements ruraux manquent cruellement de personnel. L'équipe-cadre du district a besoin de faire preuve de courage et d'imagination pour équilibrer la dotation en personnel entre tous les établissements de santé. Mais fréquemment, elle refuse de muter du personnel dans des postes éloignés ou de prendre des décisions impopulaires (licencier du personnel ou prendre des mesures disciplinaires, par exemple). Elle craint (et elle en a souvent fait l'expérience) que les personnes concernées ou des partisans influents exercent des pressions sur elle. La décentralisation accorde toutefois plus d'autorité à l'équipe-cadre du district en ce qui concerne la gestion du personnel. Une gestion efficace des ressources humaines inclut :

- l'attribution des postes vacants sur la base des demandes,
- l'offre de primes à ceux qui acceptent d'aller travailler dans des endroits impopulaires,
- la préparation des plans de perfectionnement avec les membres du personnel,
- la participation de la collectivité locale aux campagnes de recrutement.

Pour plus de détails sur ce sujet, voir le chapitre 5 - « Développement des ressources humaines ».

Gestion financière

L'efficacité de la gestion financière est un autre élément majeur du bon fonctionnement du district de santé. L'équipe-cadre du district a plusieurs responsabilités :

- Préparer un aperçu des diverses sources de financement plusieurs mois avant le début de l'année financière. Une planification bien fondée n'est possible que lorsque les contributions budgétaires sont connues.
- L'administration financière doit être réglementée de telle sorte que tous les niveaux du système soient coordonnés. Il faut s'efforcer d'assurer une transparence maximale, de bien documenter le flux financier et d'être clair quant aux responsabilités. Il doit être possible d'effectuer des contrôles internes (et si besoin est, externes) réguliers des comptes de caisse et des caissiers.

- Si des recettes proviennent de la population, la collectivité est également habilitée à effectuer des contrôles. L'équipe-cadre du district doit aider la collectivité à exercer ce droit.
- Si le système est sous-financé, l'équipe-cadre et l'administration du district doivent identifier d'autres solutions de financement et les mettre en pratique (tarification des services, systèmes de préfinancement, sponsors, etc.).

Pour plus de détails, voir également le chapitre 6 - « Coûts et financement ».

Matériels et équipements

Pour établir avec précision les besoins minimaux, il faut dresser un inventaire des bâtiments, des services publics (électricité, eau, etc.), du mobilier et des équipements médicaux. Lorsque des directives officielles existent, il faut les consulter.

Ensuite, conformément aux attributions de chaque établissement, les besoins supplémentaires en infrastructure et en matériel doivent être identifiés. A cette fin, il importe d'examiner les ressources financières du district, les conditions logistiques (mise à disposition des moyens) et les solutions de maintenance. Les acquisitions nécessaires doivent faire l'objet de discussions avec l'équipe-cadre, l'administration du district et la collectivité sur la base des plans d'équipement standard qui existent généralement, même s'ils sont excessivement ambitieux. Ils doivent être révisés pour chaque district.

4. Gestion de la qualité

Le principal objectif des services de santé est d'atteindre un niveau élevé de qualité de soins. Généralement, les mesures prises dans ce but sont désignées par les expressions *contrôle de la qualité* ou *assurance de la qualité*. Toutefois, dans les pays à faibles revenus, la grande priorité était et reste de poser les bases d'une qualité acceptable. Cette qualité minimum exigée se résume à l'amélioration de l'infrastructure structurelle et médicale et au recrutement de personnel qualifié en nombre suffisant. Mais, entre-

temps, d'autres mesures d'amélioration de la qualité sont impératives à tous les niveaux, notamment :

- la création et l'utilisation de systèmes informatiques,
- la supervision régulière des établissements de santé,
- des mesures de formation complémentaire pour le personnel,
- la participation communautaire.

Pourtant, malgré tous ces efforts, les résultats n'ont pas été convaincants, ce qui a donné lieu à un débat sur la qualité dans les pays à faibles revenus. Ce débat a été en grande partie influencé par des approches élaborées en Europe et aux Etats-Unis. La nouvelle expression *gestion de la qualité* a été introduite pour souligner le fait qu'à l'avenir, ce sont les membres du personnel eux-mêmes qui seront responsables de l'assurance qualité, au niveau de la mise en œuvre des activités. Des techniques d'auto-évaluation du personnel, des approches de « peer-group » et des cercles de qualité dans les services sont considérés comme des méthodes efficaces à appliquer.

Les efforts faits pour satisfaire les clients sont déterminants dans la recherche de la qualité. Des enquêtes auprès des utilisateurs (et d'autres méthodes) doivent permettre aux responsables de disposer d'informations sur le point de vue des clients.

En outre, on est de plus en plus d'accord que la qualité ne peut être durable que si les décideurs politiques s'engagent et acceptent de s'attaquer aux problèmes des soins de santé en récompensant les bons résultats (par des primes ou des éloges publics) et en

Modèle de gestion de la qualité de l'EFQM

La gestion de la qualité conforme au modèle de l'EFQM (European Foundation for Quality Management) se résume par :

- le souci d'obtenir des résultats,
- le souci de satisfaire les patients,
- le leadership et la cohérence des objectifs,
- la gestion des processus,
- la formation, le perfectionnement et la participation du personnel,
- des innovations et améliorations continues,
- la création de partenariats,
- la responsabilité devant le grand public.

imposant des sanctions lorsque les progrès sont insatisfaisants (rapports critiques dans la presse, blâme public).

Des concepts de gestion de la qualité élaborés en Europe, par exemple le modèle de l'EFQM (European Foundation for Quality Management), ne peuvent être appliqués que partiellement dans les pays à faibles revenus. L'expérience montre toutefois que ces concepts peuvent donner une impulsion intéressante. L'essentiel de la conception de l'EFQM peut s'appliquer dans ses grands principes dans n'importe quel district de santé en Afrique : *« La satisfaction du client, la satisfaction professionnelle et la responsabilité sociale sont des objectifs qui peuvent être atteints par des responsables qui s'appuient sur des stratégies et des politiques, sur une orientation appropriée du personnel et sur la gestion des ressources et des processus, ce qui permet d'obtenir d'excellents résultats. »*

L'assurance qualité standardisée avec certification et l'évaluation des hôpitaux en fonction de critères prédéfinis sont déjà des pratiques courantes dans les pays industrialisés. Les pays en voie de développement, par contre, connaissent mal ces procédures.

La gestion de la qualité dans un système de santé de district doit avant tout tenir compte du fait que le système ne concerne pas seulement un hôpital isolé mais tout un réseau de services de santé de différents niveaux qui sont en relation. Ce réseau est comparable à l'unité opérationnelle d'une grande entreprise.

Dans un district, la gestion de la qualité ne dépend plus uniquement de l'équipe-cadre mais également du personnel travaillant dans les établissements de santé. Le personnel doit se familiariser avec les nouvelles méthodes (cercles de qualité, par exemple) de manière à garantir la qualité de son propre travail. Les représentants de groupes professionnels spécifiques de divers établissements de santé (par exemple, les sages-femmes) ou d'un

La certification et l'accréditation

Il s'agit de procédés selon lesquels un organisme agréé, une OG ou une ONG évalue une personne ou une organisation pour s'assurer qu'elle répond à des exigences et des critères bien définis.

L'accréditation ne s'applique généralement qu'à des organisations alors que la certification peut également s'appliquer à des particuliers.

Caractéristiques d'un cercle de qualité

- Les cercles de qualité travaillent volontairement sur des sujets qu'ils ont eux-mêmes choisis.
- Les cercles de qualité constituent un groupe fixe de membres (8 à 15 personnes).
- Les cercles de qualité s'attaquent à des problèmes d'actualité dans l'environnement de travail immédiat et trouvent des solutions potentielles.
- Les cercles de qualité doivent être dirigés par un facilitateur reconnu.
- Les cercles de qualité se réunissent régulièrement (p.e. quatre fois par an).

service hospitalier (personnel de laboratoire ou personnel infirmier, par exemple) peuvent se regrouper et constituer un cercle de qualité.

La gestion a un rôle de soutien important à jouer et doit apprendre à réagir de manière constructive aux résultats et aux idées des établissements de santé.

Une plus grande participation du public doit également améliorer la qualité des services. D'un côté, le personnel du service de santé peut se faire respecter dans la collectivité en offrant des services de bonne qualité. D'un autre côté, la pression du public doit encourager le personnel à agir de manière plus responsable et à prendre l'initiative. Parmi les mesures à prendre dans le domaine des relations publiques, citons :

- la publication de listes de classement des établissements de santé selon des critères de qualité ;
- la communication d'informations ciblées et fréquentes aux mass médias sur les réussites et les problèmes dans le secteur des soins de santé ;
- l'organisation de « journées de la santé dans le district » avec information du public, animations et attribution de récompenses aux meilleurs prestataires de services ;
- la capacité à attirer des sponsors du secteur public et du secteur privé ;
- la participation des membres du parlement et d'autres personnalités d'honneur du district.

En Afrique, les méthodes qui identifient et font publiquement connaître les établissements de santé les plus performants gagnent du terrain. Bien entendu, pour comparer les services, il faut disposer

Tableau 10 : Modèle d'une conception « gestion de la qualité » au niveau du district et de la région (Tanzanie, 2001)

Gestion de la qualité dans le système de santé de district – Exemple de la Tanzanie

Pour savoir où on en était, une étude de base a été effectuée pour évaluer tous les services de santé dans 6 districts de la région de Tanga. Conformément au modèle de l'EFQM, on a utilisé une liste de huit groupes d'indicateurs. (Les indicateurs des groupes 1 – 4 (côté gauche) se réfèrent à l'input et au processus tandis que ceux des groupes 5 – 8 (côté droit) se réfèrent aux résultats et à l'impact.)

1. Leadership	2. Gestion du personnel	5. Satisfaction du personnel	6. Résultats des services de santé
3. Gestion des ressources	4. Performance des soins de santé	7. Satisfaction des clients	8. Impact des services de santé

La liste d'indicateurs a été affinée et a été utilisée comme liste de contrôle pour les visites régulières de supervision. L'équipe-cadre du district a pondéré les indicateurs (leur a donné une valeur) en fonction de leur importance relative en matière de santé publique et a exprimé les résultats en nombres de points.

Domaine	Points	%
1. Leadership	50	10%
2. Gestion du personnel	50	10%
3. Gestion des ressources	**	
4. Performance des services de santé	200	40%
5. Satisfaction du personnel	**	
6. Satisfaction des clients	75	15%
7. Résultats des services de santé	125	25%
8. Impact des services de santé	**	
Total des points	500	100%

** = Il n'a pas été tenu compte de ces critères dans l'évaluation pour des raisons méthodologiques.

Une liste de classement de tous les établissements de santé a ensuite été dressée pour chaque district en fonction du nombre de points accordés. Les meilleurs services ont fait l'objet de félicitations publiques et ont reçu une récompense financière attribuée par les sponsors.

d'un ensemble d'outils (indicateurs, enquêtes et méthodes de collecte de données) qui tiennent compte des conditions inégales de démarrage (par exemple, endroits isolés, problèmes de dotation en personnel). On peut s'attendre à ce que cet esprit de concurrence motive à la fois le personnel du service de santé et les représentants des collectivités et des organisations professionnelles agissant comme organismes de financement pour améliorer encore plus la qualité.

Des enquêtes de ce type et les listes de classement qui en résultent donnent à l'équipe-cadre du district des informations sur les établissements qui fonctionnent bien, mais aussi sur ceux qui ont besoin d'un soutien. C'est une façon d'encourager une saine concurrence entre les établissements de santé. Les meilleurs peuvent être récompensés, ce qui encouragera le personnel et les organismes de financement à poursuivre leurs efforts d'amélioration de la qualité de leur travail.

5. Supervision

En général, il y a un consensus sur la nécessité de superviser régulièrement les services de santé (p.e. une fois par mois, au moins une fois par trimestre) pour s'assurer que les normes médicales et administratives sont respectées. Cependant, on peut supposer qu'une visite de supervision aura peu d'impact si elle est considérée comme contrôle purement administratif combiné avec quelques consultations médicales. De nouvelles approches sont nécessaires et il faut que le personnel de supervision soit engagé, sache communiquer et comprenne bien son rôle comme celui d'un partenaire.

L'objectif prioritaire de la supervision est de fournir aux agents des conseils appropriés et de leur permettre de suivre une formation complémentaire de manière régulière. L'importance du contrôle administratif est secondaire.

Le superviseur ne se présente pas en donneur de leçons et en contrôleur mais en conseiller et partenaire. Un échange d'expériences remplace les exposés unilatéraux. Il faut mettre l'accent sur les compétences médicales et techniques du personnel et sur son aptitude à communiquer. Tout doit être mis en œuvre pour établir un climat de confiance entre le superviseur et le personnel dont il est responsable.

Une supervision efficace passe par une préparation consciencieuse. Le superviseur doit connaître le dernier rapport de supervision et décider de ce qui fera l'objet de la prochaine visite.

En général, une visite de supervision doit être annoncée à l'avance. Lorsque le personnel fait preuve d'un manque de fiabilité et d'engagement, une visite surprise peut être appropriée mais il faut garder à l'esprit que ce type d'intervention ne contribue pas à créer un climat de confiance.

Il faut accorder suffisamment de temps à la visite de supervision. Une visite peut comprendre les étapes suivantes :

1. Accueil du personnel. Les questions ou les problèmes importants du personnel doivent être mentionnés.
2. Observations participatives : le superviseur observe les activités dans l'établissement (p.e. consultations normales, vaccinations ou bilans prénatals).
3. Contrôle du système de documentation et des finances.
4. Rédaction d'un rapport de supervision. Il peut être pratique d'utiliser des listes de contrôle mais cela risque alors de se limiter au simple remplissage de formulaires. L'expérience montre que les listes de contrôle sont souvent mal remplies ou pas remplies du tout.
5. Rétroaction (feedback) sous forme d'une conversation : cette dernière étape est la plus importante car elle donne au superviseur la possibilité de traiter en détail les problèmes techniques, médicaux et organisationnels du personnel et de trouver des solutions avec ce dernier. Les activités concrètes convenues doivent être enregistrées dans le rapport de supervision avec le nom de la ou des personnes responsable/s.

Si le nombre des superviseurs dans un district est très limité, il est préférable qu'un même superviseur soit affecté à un même établissement pendant une période suffisamment longue plutôt que ce superviseur passe sans arrêt d'un établissement à l'autre et ne puisse pas faire de travail constructif. Les instruments nécessaires, par exemple les systèmes de diagnostic et de traitement, les registres de caisse, les dossiers pour les pièces comptables, etc., doivent être disponibles.

Souvent, les visites de supervision sont effectuées en équipe, chaque membre de l'équipe observant des aspects particuliers des activités de l'établissement. Cette approche peut être à retenir, en

particulier pour les gros établissements où les effectifs sont importants. Il convient moins bien pour les petits établissements où les effectifs sont plus restreints. Dans ce cas, les quelques membres du personnel ont tendance à percevoir l'arrivée d'une équipe comme une invasion et se sentent obligés de consacrer leur temps précieux aux attentes de l'équipe de supervision. Cela peut avoir un impact négatif sur les activités courantes de l'établissement.

A part le chef du service médical de district, tous les médecins (en particulier tous les généralistes) travaillant dans le district et tous les membres du personnel infirmier d'encadrement peuvent agir comme superviseurs. Cela permet de répartir la charge de travail et donne aux médecins des hôpitaux l'occasion d'avoir un aperçu des conditions de vie et de travail dans la circonscription hospitalière.

S'il y a de nombreux dispensaires et plusieurs hôpitaux dans un district, deux équipes de supervision ou plus peuvent être constituées. C'est souvent le cas lorsqu'un hôpital confessionnel supervise « ses » petits établissements de santé. Il est toujours bon que les équipes coordonnent leurs activités. L'équipe de supervision d'un hôpital confessionnel doit également superviser les dispensaires publics situés à proximité et vice-versa.

Tous les superviseurs doivent se réunir régulièrement sous la présidence du chef de l'équipe-cadre du district pour mettre en commun et évaluer l'expérience acquise lors des visites de supervision.

Le coût des supervisions doit être prévu dans le budget du district. Si des fonds publics ne sont pas disponibles, ce coût sera assimilé à des frais de fonctionnement et devra être supporté par les centres de santé. Il est possible de convenir d'un montant forfaitaire ou d'un pourcentage (du chiffre d'affaires) qui est ensuite transféré à la gestion du district ou retenu par elle.

L'expérience montre toutefois que le scénario présenté ci-dessus tient plus de l'utopie que de la réalité. La supervision est souvent perçue comme une source de profit et le rôle traditionnel du superviseur continue de se rapprocher de celui d'un contrôleur. Pour cette raison et compte tenu des nombreuses années d'efforts consacrées à modifier la supervision, il serait bon de rechercher des formes complémentaires ou alternatives de contrôle. Les nouvelles

méthodes mises en œuvre dans le cadre de la gestion de la qualité présentent d'intéressantes possibilités dans ce domaine.

6. Système d'information et de suivi (monitoring)

La communication d'informations doit fournir des données actuelles sur la situation épidémiologique dans le district et la région. Elle doit aussi fournir des données opérationnelles provenant des divers services et programmes de santé et permettant de dire dans quelle mesure ces services fonctionnent bien (taux d'utilisation, par exemple). Compte tenu de la complexité et de l'importance croissante du flux de données, les systèmes informatisés de gestion des données sanitaires peuvent constituer les solutions rationnelles de l'avenir.¹⁶

La mise à jour des informations est essentielle pour l'actualité et l'efficacité de la planification. Certaines données peuvent être collectées de manière permanente (provenant des rapports et registres) et peuvent être utilisées pour assurer un suivi. D'autres données doivent être collectées au moyen d'enquêtes spéciales effectuées à des dates plus espacées (par exemple tous les 2 ou 3 ans).

Les chiffres (ou les estimations lorsqu'on ne dispose pas d'autres chiffres) concernant les groupes cibles sont essentiels comme données de référence (dénominateurs). Le rapport entre les chiffres absolus collectés dans un service (p. e. nombre d'utilisateurs de méthodes de PF) et ceux du groupe cible (p. e. le nombre total des personnes qui devraient utiliser des méthodes de PF), c'est-à-dire le pourcentage dans lequel l'objectif a été atteint, est un élément d'information essentiel. Les chiffres absolus (p. e. le nombre de consultations) ne reflètent que la charge de travail des établissements. Les données qui devraient être collectées avec un système minimal de suivi du système de santé sont présentées et expliquées à la fin de ce chapitre.

Une comparaison des données fournies donne des informations sur les établissements qui fonctionnent bien, mais également sur

¹⁶ L'expérience de la GTZ et du Service allemand du développement (DED) concernant un système d'information avec utilisation d'ordinateurs dans la région de Tanga, en Tanzanie, a été documentée par Frank Boehning, DED 2002. (Voir également www.ded-tanzania.de).

Un système informatique de gestion de la santé (SIGS)...

est actuellement utilisé dans six districts de la région de Tanga, en Tanzanie. La nouvelle technologie a permis d'obtenir les principaux résultats suivants :

- saisie de données, édition d'états et impression informatisée de données sous un format spécial au niveau du district ;
- communication de données, par les districts, à la direction régionale (DR), sur disquettes et non plus sur formulaires papier ;
- envoi de rapports informatisés de suivi et évaluation de la direction régionale aux directions de districts (DD) et des directions de districts aux établissements de santé ;
- passage du taux de communication d'informations entre le niveau régional et le niveau national de 26% (1997) à 99% (2001) ;
- saisie de données et tirages papier pour les listes de contrôle utilisées pour la supervision à partir de la base de données MS-Access utilisée au niveau du district ;
- logiciel de planification basé sur MS-Excel pour les plans de santé de district ;
- possibilité de contacter toutes les directions de districts (DD) par e-mail.

ceux qui ont des problèmes et ont besoin d'un soutien. L'équipe-cadre et les autorités locales doivent féliciter et encourager les établissements qui fonctionnent bien, mais, d'un autre côté, elles doivent trouver des solutions pour les services qui fonctionnent mal. Aussi, pour accroître la motivation et l'engagement, on pourrait envisager au niveau régional ou national une comparaison des prestations à l'intérieur d'un district ou entre différents districts.

La rationalisation du système de communication d'informations au niveau régional et national vise à optimiser l'efficacité et exige généralement :

- l'adoption de formulaires simples et faciles à comprendre,
- la limitation des données de morbidité et de mortalité (p. e. conformes au classement de l'OMS),
- la précision de données opérationnelles et administratives (p. e. taux d'utilisation),
- la rétro-information régulière des districts par le bureau national de la statistique épidémiologique,
- la rétro-information régulière de chaque établissement de santé par l'équipe-cadre du district.

Tableau 11 : Système minimal de suivi (monitoring) du système de santé de district

Partie I : Dénominateurs	
Indicateur	Explication
1. Population cible totale	La taille de la population à desservir, dans l'ensemble du district ou propre à un service de santé donné, est un important dénominateur. La démarcation d'un district de santé est souvent une décision politique sujette à controverse car, en plus des critères médicaux, des intérêts particuliers de personnes et de groupes de personnes sont pris en compte. La population (et les groupes cibles spécifiques) des collectivités relevant du centre de santé est officiellement établie, mais peut être définie précisément sous la forme d'un accord entre le centre de santé et la population. Etant donné que les circonscriptions hospitalières se chevauchent souvent, les lignes de démarcation doivent par conséquent être modifiées.
■ Nombre de grossesses	
■ Femmes en âge de procréer (15–49 ans)	
■ Nourrissons (moins de 12 mois)	
■ Jeunes enfants (moins de 5 ans)	
Partie II : Données opérationnelles (système de santé publique)	
2. Accessibilité géographique	Pourcentage de la population cible (du district ou d'un établissement de santé) vivant dans un rayon de 5 km (ou 10 km). La distance peut être définie de différentes façons, par exemple pas à plus d'une heure de route à pied.
3. Personnel qualifié	Basé sur le plan officiel de dotation en personnel, par exemple en fonction du nombre absolu de postes vacants.
4. Disponibilité des médicaments essentiels	Fondée sur la liste officielle des médicaments essentiels et mesurée, par exemple, sous la forme de contrôles aléatoires (visites de supervision) ou du nombre de semaines par an pendant lesquelles les médicaments essentiels inclus dans la liste sont effectivement disponibles dans les établissements en question.
5. Degré de couverture des frais de fonctionnement	Analyse des sources de financement (Etat, collectivité locale, utilisateurs, sources externes) du service de santé de district dans son ensemble et de chaque établissement de santé, exprimée sous forme de pourcentage (camembert). Importance du déficit de financement pour le budget prévu. Degré de couverture des frais de fonctionnement par les recettes provenant de la tarification des services : degré d'autofinancement et dépendance de sources externes de financement.

6. Régularité de la supervision	Nombre de visites de supervision par centre de santé et par an, ou écart entre visites réelles et visites prévues.
7. Taux d'utilisation des services curatifs	Nombre de nouveaux cas (= traitement initial) par an en pourcentage de la population. Il n'y a pas de dénominateur cible puisque le nombre moyen de maladies touchant un membre de la population ne peut être standardisé. Sur la base de l'expérience générale, l'OMS prend 1,0 comme valeur brute pour l'Afrique subsaharienne.
8. Hospitalisation	Parallèlement au nombre de lits par district, le nombre de patients hospitalisés par mois, ou : le taux d'occupation des lits, ou : la durée d'hospitalisation (ou une combinaison de ces facteurs).
9. Taux d'utilisation des examens prénatals	Nombre de femmes enceintes consultant les services médicaux au moins deux (ou trois) fois au cours de leur grossesse, en pourcentage du nombre total de grossesses dans le groupe cible.
10. Nombre de césariennes	Mesuré en pourcentage du nombre annuel prévu d'accouchements dans le district. L'expérience acquise à l'échelle internationale quant au taux de complications indique que les césariennes sont nécessaires dans 2 à 3 % des cas. Lorsqu'une césarienne n'est pas effectuée alors qu'elle est nécessaire, les conséquences sont souvent mortelles pour la mère ; par conséquent, cet indicateur permet de savoir si le taux de mortalité maternelle a évolué.
11. Pourcentage d'enfants nés avec assistance médicale	Pourcentage d'accouchements dans les établissements de santé et/ou les établissements de santé externes, mais avec l'aide de sages-femmes traditionnelles spécialement formées.
12. Complications pendant l'accouchement, en %	En plus de la mortalité maternelle, pourcentage d'incidence des maladies puerpérales ou guérisons secondaires (après une césarienne ou une épisiotomie). Pour les complications chez l'enfant, prendre les chiffres de la mortalité périnatale.
13. Utilisation de méthodes modernes de planification familiale	Taux d'utilisation de contraceptifs par les femmes âgées de 15 à 49 ans, mesuré en termes d'année-couple de protection (ACP), car cette mesure est plus précise que le taux de prévalence contraceptive.



- | | |
|--------------------------------------|--|
| 14. Couverture des soins aux enfants | Recommandation : en raison des ressources limitées, il faut prévoir des consultations régulières jusqu'à l'âge de 36 mois (après le sevrage des enfants). Cinq consultations la première année (rendez-vous de vaccination), quatre consultations par an les deux années suivantes puis selon les besoins. |
| 15. Couverture vaccinale | Recommandation : pourcentage d'enfants bénéficiant d'une couverture vaccinale totale (au moins DTP3 plus rougeole) à 12 mois. |

Partie III : Données de morbidité et de mortalité

- | | |
|---|---|
| 16. Maladies infectieuses les plus courantes : | Ensemble, elles représentent généralement plus de 80 % de toutes les maladies. Dans de nombreux cas, des statistiques sont déjà disponibles. |
| <ul style="list-style-type: none">■ malaria■ SIDA■ maladies diarrhéiques■ maladies respiratoires■ schistosomiase■ choléra■ onchocercose | |
| 17. Autres maladies majeures/problèmes de santé publique, par exemple | Seules les maladies ayant une importance générale majeure (santé publique) doivent être notées, par exemple les maladies endémiques, les nouvelles épidémies ou les maladies négligées extrêmement dangereuses. |
| <ul style="list-style-type: none">■ malnutrition■ carence en iode (goitre)■ infections des yeux■ accidents de la route | |

Un système d'information dans le secteur de la santé peut être considéré comme efficace lorsqu'il fournit des informations pertinentes dans les domaines suivants :

- épidémiologie des principaux problèmes de santé,
- disponibilité et accessibilité des services,
- conformité des activités (avec les problèmes sociaux et de santé majeurs),
- qualité des soins,
- acceptation des services fournis par la population.

Il faut souligner que la qualité d'un système d'information dépend avant tout du soin avec lequel les données brutes sont collectées et consignées. La validité des données dépend essentiellement de la compétence du personnel du service de santé qui est chargé de collecter les informations.

Le système d'information doit être conçu de telle sorte que le personnel de chaque établissement puisse au moins enregistrer les données brutes sans avoir à suivre une formation spéciale. Le traitement des données au niveau du district, par contre, demande une formation des membres de l'équipe-cadre, surtout si l'on utilise déjà des programmes informatiques.

Il peut parfois être important de collecter des données plus approfondies. Dans ce cas, il vaut mieux recruter des spécialistes supplémentaires pour cette tâche. Les études de ce type donnent l'occasion de vérifier la validité des données collectées de manière systématique.

Sources d'informations complémentaires

- Boehning, F. (2003) Experiences with the Implementation of Computerised HMIS at District Level ; DED, Tanga, Tanzania.
- Flahault, D., Piot, M., Franklin, A. (1988) The supervision of health personnel at district level ; WHO, Geneva
- Green, A. (1992) An introduction to health planning in developing countries ; Oxford University Press, Oxford, New York, Tokyo
- GTZ Health, Population, Nutrition Division, Institute of Tropical Hygiene and Public Health University Heidelberg (eds.) (1990) Indicators for district health systems ; GTZ, Eschborn
- Hammer, W., Köcher, D., Stierle, F. (2002) Wie nützlich ist der Indikator «Nutzerrate» für die Wirkungsbeobachtung von Gesundheitsprojekten? GTZ, Eschborn
- HERA - Health Research for Action (2000) Review of the HMIS (MTUHA) in Tanzania, Reet, Belgium and Dar es Salaam
- Janovsky, K. (1988) The challenge of implementation : district health systems for primary health care ; WHO, Geneva
- Kielmann, A.A., Janovsky, K., Annett, H. (1992) Assessing district health needs, services and systems : protocols for rapid data collection and analysis ; McMillan Press, London and Basingstoke

- Kroeger, A., Montoya-Aguilar, C., Bichmann, W. (1989) Learning materials on the use of epidemiology in district and local health ; ITHÖG Heidelberg, WHO, Geneva
- Lippevelt, T., Sauerborn, R., Bodart, C. (2000) Design and Implementation of Health Information Systems ; WHO, Geneva
- Mausner, J., S. Kramer (1985) Epidemiology : an introductory text. Saunders, New York
- Maier, B., Görden, R., Kielmann, A.A., Diesfeld, H.J., Korte, R. (1994) Assessment of the district health system - using qualitative methods, GTZ Eschborn, WHO Geneva, ITHÖG Heidelberg
- Mills, A., Vaughen, J.P., Smith, D.L., Tabibzadeh, I. (1990) Health system decentralization : concepts, issues and country experience. WHO, Geneva
- Pangu, K.A. (1988) La santé pour tous d'ici l'an 2000 : c'est possible ? Bruxelles
- Rubona, J. (2001) Routine Health Information Systems that Operate in Tanzania ; HMIS unit in the Directorate of Policy and Planning, MoH Tanzania

3. Services de santé du premier échelon

par Andreas Stadler & Helmut Goergen

1. Contexte
2. Attributions du centre de santé (CS)
3. Communication avec la population cible
4. Organisation et gestion
5. Gestion de la qualité
6. Système de référence



Un dispensaire type standard en zone rurale au Burkina Faso

1. Contexte

Le nombre des services sanitaires au premier échelon du système de santé de district (SSD) est défini par deux critères : la taille de la population dans une zone donnée et la proximité du centre pour cette population. La taille de la population permet d'estimer la charge de travail et le centre doit se situer à une distance acceptable pour tous. Mais en réalité, en plus de ces critères rationnels, d'autres facteurs conditionnent également la création d'un centre de santé (CS)¹⁷. Par exemple, certaines ambitions politiques locales entraînent des intérêts ou des églises expriment leur volonté de gérer « leurs » propres services sans tenir compte de la proximité d'un service d'Etat.

En théorie, un client qui a besoin de services sanitaires s'adresse tout d'abord à un service du premier échelon, le CS ou bien le dispensaire (le point d'entrée). En fonction de la complexité des besoins du client, le CS l'oriente alors vers le niveau de référence approprié supérieur, puis l'accueille à nouveau après la fin des prestations.

Mais en pratique, les CS ne sont pas très performants et la transformation du système régularisé en un système de « marché libre » entraîne une concurrence entre les services offerts. En conséquence, les utilisateurs décident eux-mêmes de la nature (établissement d'Etat, privé, confessionnel, traditionnel ou informel), de l'endroit et du niveau de leur entrée dans le système. On constate surtout ce comportement dans les milieux urbains. Les clients font leurs choix sur des critères économiques et selon leur appréciation personnelle de la qualité des services offerts.

Il est très important de superviser et de contrôler les prestataires privés qui offrent depuis peu des services sanitaires de premier échelon, surtout en milieu urbain. Leur nombre augmente, mais ils ne disposent souvent que d'un personnel sous-qualifié. Le district sanitaire a besoin de « normes » et de réglementations claires afin d'assurer la qualité des prestations en ce qui concerne :

- le paquet minimum de prestations,
- le recrutement du personnel,
- les équipements et l'infrastructure,
- l'organisation des prestations et les procédures qui les accompagnent.

¹⁷ Dans ce contexte, « CS » inclut aussi bien les centres de santé que d'autres services du premier échelon tels que les dispensaires.



La consultation d'enfants – une des priorités de la communication avec la communauté (DR Congo)

L'organisation de l'offre au premier échelon part du principe qu'elle répond de façon optimale aux besoins et à la demande des utilisateurs potentiels. Elle doit donc inclure des mécanismes de dialogue permanent, de détermination des besoins et de suivi (monitorage) permettant de fournir des informations de base aux planificateurs au niveau du district. Cela est indispensable pour adapter continuellement le système.

2. Attributions du Centre de santé

La planification des activités et des ressources à allouer au CS fait partie de la planification du district. Le CS s'intègre dans la « carte sanitaire » et/ou le « plan de couverture » du district de santé (DS).

Les tâches « standard » d'un CS

Activités opérationnelles de santé

- Soins curatifs et suivi des affections chroniques
- Prise en charge des urgences (premiers soins) ; orientation vers un hôpital
- Soins obstétricaux de base (CPN, VAT, accouchement, etc.)
- Consultation d'enfants, soins et vaccinations
- Prévention / traitement de la malnutrition
- Planification familiale
- IEC intégrée aux activités
- Communication avec la communauté quant à la prévention primaire, surtout en ce qui concerne l'eau potable et l'assainissement
- Support et coopération avec l'AT, les distributeurs à base communautaire (DCB) et d'autres initiatives sanitaires, surtout en ce qui concerne la jeunesse

Activités de gestion

- Surveillance épidémiologique et rapports
- Gestion pharmaceutique (en fonction du système adopté)
- Gestion du matériel, des finances, du personnel et du patrimoine

Dans ce sens, il doit donc tenir compte

- des règlements et procédures existants (paquet minimum des services essentiels, textes sur les différentes normes)
- des priorités de la planification
- du caractère de la zone de couverture du CS (profil et répartition de la population, profil épidémiologique, activités économiques, situation du transport et des routes, accessibilité à l'eau potable, y compris des fleuves et d'autres obstacles limitant l'accessibilité au CS)
- des activités des autres intervenants
- du besoin et de la demande des utilisateurs.

La planification doit être effectuée dès le début, avec des représentants de la communauté et d'autres intervenants éventuels, y compris du secteur privé. Cela assure généralement une meilleure cohésion de la planification et du suivi de la planification, surtout si les intérêts mutuels sont respectés. Il est souvent utile de « formaliser » la planification au moyen d'un « contrat » signé par tous les acteurs et approuvé par la tutelle.

3. Communication avec la population cible

En tant qu'institution intégrée à la commune, le CS est le lieu idéal pour communiquer avec la population. La communication porte sur les problèmes et les risques de santé existants, ainsi que sur les possibilités de traitement et de prévention. Elle sert aussi à faire cogérer les activités de santé par la communauté. C'est l'endroit le plus adapté pour la communication mutuelle (« interface ») en ce qui concerne l'éducation sanitaire, les programmes de conseil en hygiène ou en nutrition, ou pour recueillir les informations réalistes du terrain.

Dans le cas idéal, cette communication s'installe dès que le personnel de santé commence à se familiariser avec « sa » population cible, son milieu de vie et ses conditions de travail. Pour bien connaître la population cible, le personnel de santé doit effectuer des visites à domicile et conduire des entretiens¹⁸.

¹⁸ Cette forme de « recensement local » est déjà pratiquée dans plusieurs pays (par exemple au Togo, au Congo, dans l'ex-Zaïre et au Cameroun) mais uniquement dans le cadre de projets.

Une communication durable avec la communauté a besoin de structures appropriées.¹⁹ L'approche classique des « comités » s'accompagne de nombreuses contraintes. L'organisation de cette structure de dialogue (traditionnellement sous forme de « comités de santé » ou de « comités de gestion ») est habituellement assurée par la tutelle, c'est-à-dire par l'administration sanitaire et rarement sur l'initiative des utilisateurs. Partout, les premières initiatives ont rapidement mis en évidence les limites de ces structures (surtout dans les milieux urbains) qui, au lieu de représenter les utilisateurs, sont devenues des instruments, voire des complices du système. Un défi majeur était donc de trouver pour ces structures un montage institutionnel approprié par rapport à leur mandat, leur contre-poids et leur ancrage dans la société civile.

L'organisation communautaire – Exemples au Togo et au Bénin

Dans le but de renforcer la participation communautaire et de mieux impliquer les communautés dans la gestion des formations sanitaires et de leur santé en général, des expériences régionales d'autopromotion ont été menées au Togo par la Cellule régionale d'Appui Conseil, dans la Région Centrale, et au Bénin par l'Unité d'Appui aux Comités de Gestion, dans le département du Borgou. Une meilleure implication des communautés dans la gestion des infrastructures sanitaires est possible et la démonstration en a été faite.

Ces expériences se sont heurtées cependant aux imperfections des textes régissant la participation communautaire. Ainsi, la plupart des comités de santé installés n'avaient pas la personnalité morale pour se positionner en partenaires valables de l'Etat et bénéficier de ce statut. Pour sortir de cette impasse, on a eu l'idée de transformer les comités de santé et de gestion en associations de droit privé disposant de la personnalité morale.

Au Togo, la stratégie vise à créer des associations basées au niveau du district et disposant d'organes de gestion dans les formations sanitaires et de relais communautaires dans les communautés de base. Ces associations seront fédérées au niveau des régions sanitaires et au niveau national.

¹⁹ Comme indiqué ci-dessus, cette évolution dépend en grande partie de l'état d'avancement de la décentralisation et du développement de la société civile d'un pays.

Dans plusieurs pays, l'évolution de ces structures en associations ou ONG²⁰ (avec ancrage dans la loi civile) ou leur intégration dans l'organisation administrative et politique locale (communes) a réduit les déficits constatés.

Comme la majorité des législations prévoient toujours le dialogue et la cogestion à travers des « comités », il faut au moins éviter les problèmes cités ci-dessus et veiller à ce que la création ou la réorganisation de ce « comité » suive une logique d'autodiagnostic et d'autodéveloppement communal (exemple Togo, Bénin).

Par contre, les communautés ne doivent pas se montrer fatalistes et rester passives ; elles doivent au contraire faire preuve d'un engagement véritable et dynamique.

Cette démarche nécessite un encadrement technique et un accompagnement intensifs. La supervision de ces structures de communication, notamment au travers de contacts réguliers avec les représentants de la communauté, est une tâche importante de l'équipe-cadre du DS. (voir aussi le chapitre 8 - « Participation communautaire »).

4. Organisation et gestion

Bien plus qu'auparavant, la décentralisation implique que les communes soient responsables du bon fonctionnement de « leurs » centres de santé. Cela suppose une responsabilité dans le recrutement du personnel, dans le financement et dans la gestion du service de santé. Le rôle du Ministère de la Santé se limite à définir les stratégies et à suivre leur mise en place alors que les autorités locales (collectivités territoriales locales ou autres administrations) sont chargées du financement et du fonctionnement des services.

En conséquence, le personnel de santé doit accepter de coopérer avec les responsables communaux dès que des décisions concernant la planification et la gestion doivent être prises.

²⁰ Organisations non gouvernementales telles que les Associations des Utilisateurs à Madagascar, les Associations de Santé au Togo et au Bénin.

Permanence de l'offre

Toute personne malade ou consultante devrait pouvoir bénéficier de soins ou de conseils en permanence (c'est-à-dire jour et nuit). Il importe cependant de protéger le personnel contre les abus ou une trop grande surcharge de travail, par exemple en se limitant aux patients gravement atteints et à ceux venus de loin. Des règlements prévoyant la mise en place d'un service de garde doivent être introduits à cet effet (p. e. l'engagement local pour les nuits et les jours de fêtes seulement). De même, il est important que le service de santé reste ouvert et qu'une permanence médicale soit assurée, même si le personnel doit se rendre parfois à l'extérieur (visites à domicile ou campagnes de vaccination, par exemple). Il en est de même pour la pharmacie, c'est-à-dire que la permanence des médicaments doit être assurée.

L'offre intégrée

Dans l'idéal, les prestations curatives, préventives et promotionnelles doivent être offertes sous forme intégrée. Cela signifie que ces prestations peuvent être fournies pendant une même consultation (par exemple traitement d'une mère malade et vaccination de son enfant). Dans la pratique, pour des raisons de concentration des cas, d'insuffisance de personnel ou de logistique (par exemple la vaccination²¹ ou la consultation prénatale), les activités préventives et promotionnelles sont souvent regroupées à des jours fixes. Il est cependant essentiel d'identifier durant ces séances les cas à risque et de les adresser au service pour un traitement ultérieur correspondant.

Temps d'attente

Pour réduire les temps d'attente au minimum, il faut analyser le circuit des clients et, si possible, organiser ce circuit de manière plus efficace. Dans la plupart des cas, les procédures administratives peuvent être considérablement raccourcies.

²¹ Normalement, une ampoule de vaccin contient plusieurs doses mais après son ouverture, la durabilité du vaccin est très limitée. S'il n'y a qu'une ou peu de personnes à vacciner, il faut jeter le reste après la date limite du vaccin.

Personnel

Le personnel qualifié est généralement insuffisant. Il n'est ni opportun ni constructif de se lamenter et d'accuser le gouvernement de cet état de fait. Il appartient aussi à la commune de se montrer responsable en recrutant des agents de santé qualifiés (et non pas des auxiliaires !) supplémentaires sur son budget.

Le personnel disponible doit donc, autant que possible, être polyvalent, c'est-à-dire être capable de prendre en charge des activités qui relèvent de plusieurs services. Diverses activités (par exemple les visites à domicile, les consultations en matière de santé) devraient pouvoir être effectuées par le plus grand nombre possible de collaborateurs. Les descriptifs de poste doivent être formulés de manière précise et être remis au personnel sous forme écrite.

Il importe d'encourager l'esprit d'équipe et d'éviter à tout prix que des situations de concurrence s'installent au sein de l'équipe. Il est nécessaire que l'équipe de santé se réunisse régulièrement pour des séances de travail. La participation de représentants de la commune ou d'un « comité » doit être régulière et officielle (voir également le chapitre 5 - « Développement des ressources humaines »).

Administration

En principe, les procédures de gestion des consommables, des équipements, des finances et du circuit financier sont définies dans le cadre général de l'organisation du district (voir chapitre 2 - « Planification et gestion »).

Les outils de travail (pour les activités de services et la gestion des finances, des médicaments, des consommables, du matériel et de l'information) doivent être le plus simple possible afin de s'assurer qu'il sont compris et utilisés par le personnel local ! Ce qui compte avant tout, c'est l'aspect pratique au niveau local et non pas la complexité des instruments proposés par certains experts au niveau national et international.

La participation des représentants des utilisateurs à la cogestion est une source permanente de conflits, et les réussites sont rares. On observe néanmoins des exemples encourageants dans plusieurs pays²².

²² Exemples du Togo et du Bénin

Outils de gestion au niveau d'un CS

Exemple Région centrale / Togo

1. Gestion de l'information sanitaire

- Registre
- Fiches de notification ou de surveillance des épidémies
- Fiches de rapports statistiques,
- Différentes fiches d'activités (CME, PEV, etc.)
- Graphiques et courbes d'évolution des pathologies
- Synthèse de résultats de monitoring
- Carte de la zone de couverture
- Cahier de supervision, de référence

2. Gestion des médicaments

- Fiches de stock
- Registres des ventes journalières
- Fiches de synthèse
- Bons de commande

3. Gestion financière

- Livre de caisse
- Fiches mensuelles ou grand livre
- Carnets de banque
- Carnets de reçus
- Budget

4. Gestion du personnel

- Tableau de planification des absences (congés, formation, etc.)
- Fiche de rotation ou de permanence
- Description de tâches et organigramme

Etant donné que dans de nombreux pays d'Afrique subsaharienne, les revenus générés par la vente des médicaments et des produits pharmaceutiques constituent la majeure partie des recettes générales d'un CS (concept de « l'initiative de Bamako »²³),

²³ Dans les années 1980-90, l'initiative de Bamako a été lancée par l'UNICEF dans les pays francophones en Afrique subsaharienne.

cette question est essentielle en ce qui concerne l'organisation d'un CS. Les modèles logistiques sont essentiellement de deux types :

- (i) une organisation communautaire séparée de celle du CS (même si le point de vente est intégré au CS). Cette solution présente de nombreux avantages en matière de coût, de pérennité et de transparence/bonne gestion du système (exemple du Cameroun) ;
- (ii) la gestion et la vente des médicaments comme activité revenant au CS. Malheureusement, le prescripteur a souvent intérêt à ne pas prescrire des médicaments génériques mais plutôt des médicaments pour lesquels il perçoit une commission (médicaments de marque). D'autres motifs sont liés à des habitudes thérapeutiques individuelles.

Quel que soit le modèle adopté, il est impératif d'inclure les prestataires du CS dans la planification et la gestion. En outre, la mise en place d'un mécanisme de primes pour « bonnes prescriptions » paraît souhaitable.

Les tarifs et autres informations (activités prévues à jours fixes, offres de services) ainsi que les plans de travail (personnel et répartition des tâches : temps, lieu) devraient être élaborés en concertation étroite avec les personnes concernées et doivent être affichés pour le public.

Pour déterminer les besoins matériels du centre pour son bon fonctionnement , il faut dresser l'inventaire des bâtiments, des installations d'approvisionnement et d'assainissement (courant électrique, eau, etc.), des installations médicales ainsi que des équipements. Pour faire ce travail, on peut utiliser les plans prévisionnels établis de source officielle. Il faut ensuite définir les besoins supplémentaires (éventuels) en équipements, infrastructures et matériels ainsi que les réparations à effectuer.

Les aspects concernant la maintenance des bâtiments et des équipements font l'objet du chapitre 9 - « Services techniques et maintenance ».

5. Gestion de la qualité

Le CS occupe une place importante dans le système sanitaire, mais son « isolement » relatif à cause de son éloignement de l'hôpital



**La qualité du service de santé perçue...
... par une mère avec son bébé :**

- Service de santé pas trop loin
- Des frais abordables
- Temps d'attente acceptable
- Personnel accueillant et informant bien
- Médicaments disponibles
- Soins convaincants
- Documentation appropriée

(Photo : Regina Gørgen, Guinée)

de district, son faible effectif et son autonomie d'action rendent la gestion de la qualité difficile. La gestion de la qualité de la performance reste donc un défi majeur²⁴. Outre l'organisation du service et les relations avec les utilisateurs, c'est la qualité des prestations qui détermine l'efficacité du CS et son acceptabilité pour la population. Plusieurs approches sont utilisées pour influencer la qualité des prestations auprès des utilisateurs du service :

- Assurer des « *standards* » de diagnostic et de traitement (au moyen d'ordinogrammes et de protocoles thérapeutiques). Concernant les prescriptions, l'ordonnancier à souche (exemple du Bénin et du Togo) est à la fois un outil performant et pratique de monitoring de la qualité des prescriptions, une pièce comptable et un document de gestion des stocks.
- L'équipe-cadre du DS doit organiser la *formation continue et/ou périodique du personnel* des CS. En plus des formations incluses dans les réunions régulières du DS, l'équipe-cadre devrait prévoir

²⁴ Nous parlons volontairement de *gestion* de la qualité et non de *contrôle* ou d'*assurance* de la qualité, car l'approche « gestion » est plus complexe et parce que des méthodes nouvelles sont introduites. Les détails sont exposés dans le chapitre 2 – « Planification et gestion ».

des visites de supervision et des stages d'échange entre le personnel du CS et le personnel de l'hôpital de district (exemple, Bénin). Des méthodes innovatrices sont disponibles sur Internet (télé-enseignement).

- Selon le nouveau concept de « gestion de la qualité », il est demandé au personnel d'analyser sa propre performance et d'identifier les méthodes d'amélioration. Les cercles de qualité (voir aussi le chapitre 2) constituent une de ces méthodes.
- Le suivi de la performance doit se baser sur des indicateurs appropriés tels que :
 - les activités qui nécessitent de revoir périodiquement le client (traitement des maladies chroniques comme la TB, application d'une contraception, consultations prénatales, etc.);
 - les activités nécessitant une large couverture pour être efficaces et pertinentes, la vaccination par exemple. Ici les « stratégies avancées » constituent une approche incontournable.²⁵

6. Système de référence

Si une consultation spécialisée à l'hôpital de référence est nécessaire, il faut prévoir les aspects techniques en concertation avec la communauté responsable. Il importe avant tout de régler les problèmes de transport et de financement.

Si un service d'ambulance/d'évacuation n'existe pas, des solutions alternatives doivent être trouvées (véhicules appartenant à la commune ou à des commerçants, taxis).

Les modalités de financement doivent être clarifiées au préalable.

Les possibilités suivantes peuvent être envisagées :

- intégration des coûts de transfert dans les frais de consultation,
- répartition des coûts entre la communauté, le centre de santé et le malade,
- création de caisses pour le transport en ambulance, dans lesquelles des redevances sont versées régulièrement et qui, en cas de besoin, couvrent tout ou une partie des coûts,
- création d'une mutuelle de santé/assurance-maladie.

²⁵ La « stratégie avancée » envisage la mise en œuvre d'activités dans la zone d'influence tout entière afin de réaliser une large couverture de la population cible.



L'assistance aux accouchements par un personnel de santé qualifié est indispensable pour la réduction de la mortalité maternelle ((Tanzanie)

Les patients transférés à l'hôpital doivent bénéficier de tarifs préférentiels, le traitement ayant commencé avec l'entrée du patient dans le système de santé au niveau du CS. Cela implique qu'il existe un concept de financement prévoyant le traitement des patients référés à l'hôpital à titre gratuit ou à un tarif spécial.

Le rétro-transfert (retour) du patient au centre périphérique doit être envisagé aussi rapidement que possible, car cela permet de réduire considérablement les coûts occasionnés, autant pour le patient lui-même que pour l'ensemble du système.

Très souvent, l'échange d'informations concernant le malade se fait mal entre l'hôpital et le CS transférant. La normalisation des formulaires utilisés et l'efficacité du système d'information réciproque sont des conditions préalables au bon fonctionnement du système de référence.

L'utilisation de moyens de communication modernes tels que la radio, le téléphone et le téléphone mobile est possible partout. L'équipe-cadre responsable du district sanitaire doit assumer des fonctions de coordination lors de l'expérimentation de tels systèmes.

Le système de référence ne porte pas uniquement sur le transfert des patients mais également sur le système d'information, sur le système de financement et sur les mécanismes de coopération au sein de l'équipe-cadre. (Voir aussi chapitre 1 - «Le concept de système de santé de district»).

Sources d'informations complémentaires

- Ahawo, A., Touré, M.L. (2002) Collaboration with the private sector in Togo's cities ; GTZ Lomé
- Kroeger, A., Montoya-Aguilar, C., Bichmann, W. (1989) Learning materials on the use of epidemiology in district and local health care ; ITHÖG Heidelberg, WHO
- Meloni, R., Kuelker, R. (1990) The district health system in Loubomo District/DPR Congo ; GTZ Eschborn, Brazzaville
- Mercenier, P. (1986) The role of the health centre in the district health system based on Primary Health Care. Working document. WHO, Geneva
- The Kasongo Project Team (1980) The Kasongo Project ; Annales Soc. Belge Méd. Tropicale
- WHO (2003) World Health Report - shaping the future ; Geneva

4. L'hôpital de district

par Michael Marx & Gertrud Schmidt-Ehry

1. **Concept**
2. **Niveau technique**
3. **Personnel**
4. **Gestion**
5. **Financement**
6. **Suivi et documentation des résultats**



Une salle d'hommes – bien équipée avec des moustiquaires (Tanzanie)

1. Concept

Rôle de l'hôpital de district dans le système de soins de santé

Traditionnellement, les hôpitaux étaient des institutions pratiquement indépendantes de tout système de santé. Parfois, ils étaient tenus de respecter certaines restrictions financières ou orientations religieuses, par exemple dans le cas des hôpitaux fondés et gérés par des missions. Ils s'efforçaient d'avoir le niveau technique le plus élevé possible, employaient un nombre maximal de médecins et spécialistes et comptaient un grand nombre de lits.

Cela a changé après que la plupart des pays ont obtenu leur indépendance et ont mis en place des systèmes de santé nationaux, plus particulièrement après l'adoption de la stratégie de soins de santé primaires dans les années 1960 et 1970. Dans le cadre des premiers concepts de soins de santé primaire (SSP) – juste après la Conférence d'Alma-Ata en 1978 – l'hôpital ne jouait pas le rôle qui



La qualité de la chirurgie à l'hôpital de district est importante pour l'ensemble du district (Tanzanie)

aurait dû être le sien. La priorité était donnée à la participation communautaire et à l'amélioration de l'accessibilité aux services de santé de premier recours. Dans une certaine mesure, on peut considérer que cette approche constituait une réaction aux anciens concepts hospitaliers.

Cette réaction a, comme c'est souvent le cas, conduit à l'autre extrême : s'en tenir au niveau primaire de la pyramide des soins de santé, négliger le système de référence médicale et concentrer les efforts sur les actions préventives, en grande partie au détriment de la médecine curative.

Fondamentalement, l'hôpital est souvent perçu par la population et les autorités politiques comme le modèle de l'ensemble du système de santé et la figure de proue des services de santé dans le district.

Ce n'est qu'au début des années 1990 que les décideurs en matière de politique de santé ont redonné aux hôpitaux la place qui leur revient dans la pyramide du système de santé. Au niveau national comme au niveau régional, une attention particulière (et des fonds) ont été accordés une fois de plus aux hôpitaux centraux où des services médicaux spéciaux ont été créés et où un personnel de santé hautement qualifié s'est trouvé concentré. En tant qu'hôpitaux de référence de premier échelon, les petits hôpitaux ont bénéficié du même traitement.

D'une manière générale, la politique nationale de santé de la plupart des pays veut qu'il y ait un hôpital de district. Dans certains districts, d'autres petits hôpitaux, généralement gérés par les missions, existent également. Aujourd'hui, l'hôpital de district est considéré comme un établissement faisant partie d'un système complet de soins, le district sanitaire. Son rôle résulte de la répartition des tâches au sein du district. Il doit compléter les établissements de premier recours, à savoir les centres de santé et les dispensaires, dans lesquels plus de 80 % de tous les cas peuvent être traités ²⁶ dans des conditions optimales. Dans le cas idéal, les soins de santé qui ne sont pas fournis au centre de santé devraient pouvoir être donnés à l'hôpital.

Au niveau régional et national (hors du district), les hôpitaux centraux ne sont nécessaires pour des raisons médicales que pour

²⁶ Il s'agit d'une estimation fondée sur diverses observations faites dans des pays d'Afrique subsaharienne.

une part infime de la totalité des cas d'hospitalisation (moins de 10 %).

Actuellement, la plupart des hôpitaux de district continuent de fonctionner le plus souvent comme de grands centres de santé. Parfois, ils ne disposent même pas de bloc opératoire, ce qui peut entraîner d'importants retards dans les interventions d'urgence, notamment quand il s'agit de prévenir les décès maternels.

Une répartition des tâches telle que celle qui est décrite plus haut nécessite une étroite coordination et une bonne coopération de tous les services de santé du district, surtout en ce qui concerne le système d'information, les qualifications et l'affectation du personnel, la supervision et les plans de financement.

Le rôle de l'hôpital de district intégré implique que l'équipe-cadre du district soit reconnue comme organe supérieur de coordination. Le directeur de l'hôpital reste responsable des activités de l'hôpital et du budget et doit être membre de l'équipe-cadre du district. Dans certains pays, le directeur de l'hôpital assume également la fonction de médecin-chef de district²⁷.

En outre, la communauté (au nom des utilisateurs) et les dirigeants locaux (selon les politiques de décentralisation) doivent participer à la planification et à la gestion de l'hôpital de district. A cette fin, il est probable que les comités ou conseils d'hôpital auront un rôle important à jouer pour réunir les représentants de l'administration locale, des collectivités et du personnel technique.

Très souvent, les professionnels de la santé restent peu disposés à accepter une participation communautaire au niveau de l'hôpital. Les arguments avancés ne sont ni transparents ni convaincants. Le manque de compétence technique est souvent cité comme principale raison. Mais cette réticence est plus vraisemblablement due à la crainte d'être soumis à un contrôle. Par conséquent, une définition précise du mandat, de la compétence et des tâches des conseils de coordination est indispensable pour éviter les frictions et les comportements allant à l'encontre du but recherché.

De nombreux districts possèdent, en plus de l'hôpital de district, d'autres hôpitaux généralement plus petits et non publics qui, dans la plupart des cas, sont des établissements gérés par l'Eglise. Mais il est très exceptionnel qu'il existe une forme quelconque de

²⁷ Dans tous les pays, on est d'accord pour dire que ces deux fonctions ne doivent pas être assumées par une même personne.

Les hôpitaux du district de Tunduru (Tanzanie)

Pour une population d'environ 250 000 habitants, le district compte, en plus de l'hôpital de district public (140 lits), l'hôpital de la mission Mbesa (140 lits), géré par la Christian Mission in Many Lands (CMMML). Contrairement à l'hôpital public, l'hôpital de la mission est bien équipé, bien doté en personnel et bénéficie d'un soutien financier de l'étranger ; il fonctionne donc très bien. Malgré le coût considérable des soins payés par les patients, les taux de fréquentation de tous les services sont élevés.

Toutefois, les deux hôpitaux ont accepté de travailler ensemble et de se partager les tâches curatives et préventives pour le plus grand bien de l'ensemble de la population. Les niveaux d'interpénétration sont notamment les suivants :

- Intégration de l'hôpital de la mission à l'équipe-cadre de l'hôpital de district
- Planification annuelle conjointe au niveau du district
- Evaluation conjointe des besoins
- Partage des tâches de supervision : l'équipe de la mission supervise 8 établissements de santé sur 31 dans le district en utilisant les mêmes listes de contrôle que l'équipe-cadre de l'hôpital de district

coordination entre tous les hôpitaux, ce qui entraîne un phénomène de chevauchement des activités, voire de concurrence. Mais de plus en plus, les divers propriétaires sont à la recherche de solutions de partage des responsabilités et de coopération²⁸.

L'hôpital joue également un rôle important dans l'ensemble du système de référence et de rétro-orientation médicale, en organisant notamment les transports d'urgence (le système de référence médicale est présenté plus en détail dans le chapitre 3 - « Services de santé du premier échelon »).

Définition des tâches

Dans un système de santé de district, les attributions de l'hôpital doivent correspondre à celles des centres de santé et des dispensaires : les structures et les services doivent être

²⁸ Par exemple, en Tanzanie où, en 1996, les pouvoirs publics et les autorités religieuses ont démarré le programme conjoint de partage des responsabilités et des activités en matière de santé et d'éducation.

Tableau 1 : Aperçu des services essentiels qu'un hôpital de district devrait offrir²⁹

Services essentiels d'un hôpital de district

- Chirurgie générale et d'urgence
y compris les laparotomies, les interventions en obstétrique, urologie, traumatologie
- Traitement conservateur de maladies graves
y compris la malaria, la TB, le SIDA, les défaillances cardiovasculaires, le diabète, etc.
- Soins ophtalmologiques avancés, y compris la chirurgie
en fonction de l'épidémiologie
- Médecine dentaire
- Santé mentale
facultativement, en raison de son importance croissante
- Diagnostics de deuxième niveau
y compris les rayons X, ultrasons, diagnostics biologiques, conseils et tests de dépistage du VIH
- Soins ambulatoires
avec honoraires plus élevés pour les patients s'adressant directement à l'hôpital
- Services techniques et entretien de l'hôpital
y compris un atelier et des techniciens intervenant dans tous les centres de santé du district
- Unité d'intervention en cas de catastrophe
y compris les médicaments et équipements nécessaires pour faire face aux épidémies
- Autres tâches de formation, de planification et de gestion
 - formation continue et recyclage du personnel de tous les établissements du district,
 - participation à la formation avant l'emploi des infirmières et des sages-femmes,
 - études, action et recherche opérationnelles sur les sujets cliniques et de santé publique,
 - coopération à la supervision des centres de santé.

²⁹ Cette liste n'est pas exhaustive et doit être adaptée aux besoins particuliers, aux disponibilités existantes et aux normes nationales.

complémentaires. Théoriquement, lorsque la qualité des services est suffisante, les patients des services de santé du premier échelon ne sont orientés vers les hôpitaux que quand le niveau technique (pour le diagnostic et le traitement) ou la qualification du personnel (par exemple dans le cas d'opérations) l'exige. Cela constituerait le modèle le plus rentable. Toutefois, dans la réalité, un certain chevauchement des services est inévitable. C'est notamment le cas dans de nombreuses zones urbaines où les gens préfèrent aller directement à l'hôpital plutôt que de passer d'abord par un dispensaire (qui, dans de nombreux cas, est de toute façon rare, voire inexistant). En zones rurales, la qualité des soins prodigués par les centres de santé et les dispensaires est souvent si mauvaise que les patients passent outre ces services. Le phénomène de chevauchement des services peut également être dû à une mauvaise couverture générale des services dans une zone géographique donnée et à des raisons financières.

Par conséquent, le profil d'un hôpital et des services offerts à la population cible doit être défini et adapté à la situation et aux besoins spécifiques de cette population. Les consultations externes de l'hôpital doivent absolument être exploitées pour proposer des soins préventifs ou curatifs aux patients.

2. Niveau technique

Infrastructure matérielle

Pour être rentable, l'hôpital de district type doit disposer d'au moins 100 lits mais pas de plus de 200 ; le ratio lit/population en Afrique subsaharienne s'établit à 1/1 000 habitants environ (entre 0,5 et 2 lits/1 000 habitants).^{30 31}

Cette taille permet d'assurer une efficacité optimale des investissements tant que le taux d'occupation des lits se situe entre 50 et 80 % dans des périodes sans urgences. Un tel taux, bien

³⁰ Il existe des différences considérables entre les hôpitaux du monde entier en ce qui concerne la capacité d'accueil : de 11 lits/1 000 habitants dans les pays d'Europe centrale et orientale à moins de 1 lit/1 000 habitants en Inde (Banque mondiale, 1993) et au Cambodge (statistiques nationales de santé, 1998).

³¹ Van Lerberghe, Institut de Médecine tropicale d'Anvers, 1996

entendu, ne peut être envisagé que si des services de qualité suffisante sont offerts.

La taille appropriée d'un hôpital de district doit être définie sur la base des conditions et des normes nationales.

Tableau 2 : Exemples d'hôpitaux de district dans les pays d'Afrique subsaharienne

	Savalou/ Bénin	Savane/ Burkina Faso	Loubomo/ Congo	Kissidougou/ Guinée
Habitants	129 000	137 000	203 000	174 000
Lits	86	53	144	100
Lit/habitants	1 500	2 585	1 410	1 740
Personnel total	47	23	137	80
Médecins	2-3	1	6	9

Bâtiments

Compte tenu de l'accroissement de la population et de l'espace nécessaire, de nombreux hôpitaux ont entrepris des travaux de rénovation et d'agrandissement des bâtiments. Pour garantir des plans de travail raisonnables tenant compte des flux de patients et pour assurer une gestion efficace, toute planification doit s'appuyer sur un schéma directeur qui prend en considération l'évolution prévue dans les années à venir.

Un plan graphique actualisé doit représenter l'ensemble des locaux de l'hôpital, non seulement les bâtiments, mais également les abords de l'hôpital. Les services de chirurgie et de maternité doivent être regroupés autour du bloc opératoire et tous les bâtiments doivent être reliés par des passages couverts. L'aménagement intérieur doit tenir compte du confort et de l'intimité des patients et toutes les salles doivent être faciles à nettoyer. Ce plan doit être placé comme une sorte de panneau indicateur pour être vu par tous les patients ou les visiteurs à l'entrée de l'hôpital.

L'hôpital de district standard doit comprendre des services pour les différents malades (femmes, hommes et enfants) en plus d'une maternité et d'un service pour les maladies infectieuses (parfois pour les patients atteints du SIDA). Occasionnellement, le plus souvent en fonction des disponibilités locales, il peut y avoir des services pour les affectations oto-rhino-laryngologistes (ORL) ou d'autres disciplines.

Les bâtiments fonctionnels comprennent les blocs opératoires (séparés pour les interventions en milieu aseptisé et non aseptisé et les interventions mineures), les salles d'accouchement, le service de soins ambulatoires, les services de diagnostic (rayons X, laboratoire), le service de physiothérapie et les services administratifs. Un espace approprié réservé aux conseils en matière de VIH/SIDA et offrant toute garantie de confidentialité doit être disponible.

Il existe en outre une demande accrue de *foyers d'attente de maternité*. Certains exemples (notamment en Tanzanie) mettent en évidence l'utilité de ces établissements lorsque les femmes veulent être sur place avant la date prévue pour l'accouchement. Il peut y avoir différentes raisons à cela, les facteurs de risque étant l'une d'entre elles. L'organisation de ces établissements doit être laissée aux femmes et aux membres de leur famille. Ce service peut couvrir ses propres frais si bien que son utilisation est gratuite.

Services de soutien

Il est indispensable de disposer d'un *système d'approvisionnement en eau et d'un système d'assainissement* appropriés faisant l'objet d'un entretien fiable et continu. Les toilettes et les installations sanitaires à la disposition des patients doivent être dans un état exemplaire. Cela ne peut que favoriser l'éducation sanitaire sur l'hygiène. La disponibilité d'eau purifiée et d'un système d'égouts approprié doit servir d'indicateur lors du contrôle de la qualité des services.

Il est indispensable de disposer d'un *système opérationnel d'élimination des déchets*, notamment pour des raisons d'hygiène (par exemple, un incinérateur pour n'importe quel type de déchets provenant des activités cliniques). Ce système doit être construit à distance raisonnable de l'endroit où séjournent les patients. Certains auteurs recommandent d'utiliser des puits d'évacuation des déchets/eaux usées suffisamment profonds lorsque le fonctionnement acceptable d'un incinérateur ne peut pas être garanti. Les déchets infectieux doivent être séparés des autres déchets. Il est extrêmement important, alors que la prévalence du VIH/SIDA augmente, d'accorder un soin particulier à l'évacuation des seringues et des aiguilles.

Cuisine et blanchisserie : la tendance est à la privatisation des services de préparation des repas et à la mise à disposition d'installations permettant d'accueillir des personnes de la famille. Il importe d'évaluer cet aspect en fonction des coutumes locales et des possibilités. Dans certains pays, seuls sont fournis des équipements de cuisine simples ou des foyers, de manière à permettre aux membres de la famille de s'occuper des repas du patient.

Les *ambulances* doivent être parquées sur le terrain des hôpitaux. Des dispositions doivent être prises pour que des conducteurs soient disponibles 24 heures sur 24 et pour garantir le bon fonctionnement des ambulances³². Un système d'évacuation pouvant inclure un système radio raccordé aux centres de santé doit être mis en place de manière à pouvoir assurer le transport des patients selon les besoins.

Certains services auxiliaires tels que les services de transport, de nettoyage, de maintenance et de lingerie peuvent être sous-traités auprès de fournisseurs privés sur une base contractuelle comme cela se fait en partie dans certains pays. Cela peut même être possible pour des services de diagnostic spéciaux tels que les rayons X et les analyses de laboratoire. En tout état de cause, il importe de tester la faisabilité des approches de sous-traitance et de considérer non seulement les coûts, mais également la qualité des prestations.

Il existe relativement peu d'exemples (mais ils sont de plus en plus nombreux) d'utilisation de matériel informatique dans les hôpitaux de district pour assurer les tâches de gestion. Les possibilités de communication par Internet pour échanger des informations entre les établissements de district et les établissements centraux (centres de formation, établissements de santé publique, etc.)³³ sont elles aussi encore rares.

Entretien du matériel technique

L'entretien des bâtiments, de leurs abords et du matériel médical a tendance à être négligé, voire totalement oublié. Selon un politicien tanzanien de haut rang, « dans la culture africaine, la

³² Il est indispensable de procéder à un contrôle strict des ambulances afin de prévenir que ces véhicules ne soient utilisés à des fins privées (voir également système de référence, chapitre 3 – « Services de santé du premier échelon ».

³³ Par exemple au Cameroun et en Tanzanie



Le laboratoire de l'hôpital a besoin de personnel qualifié (Tanzanie)

maintenance n'existe pas». Ce n'est que récemment que les réformes du secteur de la santé commencent à inclure les concepts de maintenance afin d'éviter de gaspiller les maigres ressources dont dispose ce secteur.

La maintenance hospitalière est un concept de décentralisation du système de santé de district. Les systèmes de maintenance ne relèvent pas seulement des techniciens et des ingénieurs. La maintenance est un outil rattaché à tous les éléments du cycle de gestion. Elle inclut également la maintenance préventive et commence par des mesures très simples que les utilisateurs (personnel de santé) peuvent souvent assumer eux-mêmes. Toutefois, la plupart des réparations sur les équipements médicaux, notamment en ce qui concerne les équipements de haute technologie, nécessitent des techniciens qualifiés qu'on peut trouver dans le secteur privé.

Dans chaque hôpital de district, il devrait y avoir un atelier équipé d'un outillage minimum et disposant d'un technicien qualifié ou, tout au moins, d'un membre du personnel de santé ayant reçu une formation de base en maintenance et en gestion d'atelier. Cette unité serait chargée de fournir tous les services nécessaires aux installations de santé du district. Pour plus de détails, se reporter au chapitre 9 - « Services techniques et maintenance ».

Équipement

L'équipement technique doit être conforme aux normes nationales qui, dans la plupart des pays, sont établies et respectées dans les services publics. Toutefois, les opinions peuvent encore différer en ce qui concerne le niveau technique des hôpitaux de district. Par exemple, il est aujourd'hui admis qu'un échographe constitue un équipement de diagnostic standard alors que l'utilité d'un gastro-fibroscope et de certains équipements de laboratoire est remise en question. Par ailleurs, les possibilités offertes par le traitement antirétroviral du SIDA ouvrent de nouveaux horizons à tous les hôpitaux de district.

Ce qu'on constate souvent, dans la plupart des pays, ce n'est pas un manque d'équipements de soins de santé, mais la présence de matériels inutilisables ou inutilisés, parfois encore dans leur emballage d'origine ou gardés dans un local de stockage. Environ la moitié du matériel inventorié, et parfois près de 75 % dans

certains cas, n'est pas en état de fonctionner. Il existe certes des différences entre les pays, mais certains facteurs sont communs à tous : le matériel n'est pas utilisé car il est inadapté au contexte et aux besoins locaux, ou bien il est inutilisable car il est défectueux et l'hôpital ne dispose pas d'un service de réparation. Cela tient en partie à un manque de sensibilisation au problème et à l'absence de main-d'œuvre qualifiée, en partie au fait que les pièces de rechange ne sont pas disponibles ou qu'elles sont trop chères et ne peuvent pas être financées sur le budget de l'hôpital. Aujourd'hui, la panoplie des appareils médicaux comprend environ 6.000 types distincts d'entités génériques et, estime-t-on, au moins 750.000 marques, modèles et tailles d'équipement allant des simples appareils jetables aux systèmes les plus complexes.

Même lorsque l'équipement est suffisant, un certain nombre d'appareils est volé sans que des poursuites soient engagées. De plus, cet équipement volé réapparaît souvent dans des cabinets privés.

En conclusion, il importe de mettre en place un système complet de gestion et de contrôle des biens matériels.

3. Personnel

Dotation en personnel

Dans de nombreux pays, les réformes du secteur de la santé imposent de nouvelles normes de dotation en personnel à tous les niveaux du système de santé. Ces normes doivent s'appuyer sur des bases solides, par exemple données sur les services, attentes nationales prévues, charge acceptable de travail. Certains pays tels que le Malawi ont commencé par effectuer une analyse des tâches fonctionnelles qui a entraîné une redistribution des affectations et du personnel dans le système de santé de district. Mais une telle démarche a bien entendu des implications politiques et n'est donc pas facile à réaliser.

Malheureusement, il est fréquent que les normes nationales ne correspondent pas aux besoins d'un système de santé rationalisé pour ce qui est du nombre et de la qualification du personnel. Dans divers pays, certains hôpitaux comptent encore un trop grand nombre d'agents de santé sous-qualifiés (par exemple en Tanzanie

Personnel hospitalier

Exemple de l'hôpital de district à Handeni (Tanzanie, 2003)

L'effectif total comprend 107 travailleurs et non pas 144 (selon le niveau officiel de dotation en personnel défini en 1999 par le ministère de la Santé et celui de la Fonction publique) dont, en personnel clinique :

	disponibles	nécessaires
Médecins	1	2
Médec. assistants (4 an.)	2	9
Infirmières (4 an.)	4	9
Infirmières et sages-femmes (3-4 an.)	19	33
Aides infirmières (0-1 an.)	28	25
Cliniciens (2-3 an.)	10	13
Laborantins	1	2
Radiologue	1	1
Agents de santé	3	4
Total	69	98

Conclusion : Postes vacants = 30%

ou à Madagascar). Cela s'explique, d'une part, par le « gonflement » de la fonction publique et, d'autre part, par la résistance politique et bureaucratique face à l'adoption de niveaux d'effectifs raisonnables³⁴. Pour diverses raisons, d'autres pays manquent cruellement de personnel qualifié, par exemple au Rwanda et au Mozambique.

- Quelques exigences fondamentales sont valables pour n'importe quel hôpital de district :
- Le nombre de médecins doit être suffisant pour qu'il y en ait toujours un de disponible.
- Le nombre d'infirmières/sages-femmes doit être suffisant pour qu'il y en ait toujours une de disponible.
- La présence d'au moins un administrateur qualifié est indispensable (pour le contrôle financier).
- Le ratio lit d'hôpital/infirmière (soins cliniques) doit être de 1/3 lorsque le taux d'occupation est supérieur à 60 %.

³⁴ En fonction de l'origine des mères et de la nécessité vitale de pratiquer une césarienne, environ 2 % des accouchements dans un district sanitaire subsaharien moyen sont effectués de cette façon.

Qualification

Dans de nombreux pays d'Afrique subsaharienne, la compétence du personnel clinique est faible et ne correspond pas aux tâches exigées. La formation dans les hôpitaux universitaires est généralement de mauvaise qualité et les méthodes et le matériel utilisés sont souvent dépassés. Par ailleurs, il arrive assez fréquemment que les cliniciens travaillent pendant de nombreuses années dans des hôpitaux en zone rurale sans bénéficier d'une formation complémentaire. Dans nombre de pays, le manque de personnel médical qualifié est « compensé » avec du personnel sous-qualifié ou non qualifié, ce qui a de graves répercussions sur la qualité des soins.

Les possibilités de cours de formation à l'extérieur doivent être identifiées et exploitées aussi souvent que possible. Le personnel de gestion, en particulier, doit recevoir une formation spéciale dans divers domaines, par exemple l'organisation et la gestion des services de santé, les systèmes informatisés de gestion de la santé, les systèmes de financement, la gestion de la qualité.

La formation clinique interne peut être assurée (aussi régulièrement que possible) par le personnel hospitalier et complétée par une formation théorique. Le personnel des centres de santé doit aussi pouvoir profiter d'une formation associant étroitement la théorie et la pratique. Les cliniciens du niveau de référence supérieur (hôpitaux régionaux ou nationaux) doivent participer à l'enseignement.

Une formation modulaire à l'hôpital de district de Kissidougou (Guinée)

A l'hôpital de district de Kissidougou, un concept de formation aux compétences cliniques a été mis sur pied en coopération avec le ministère de la Santé et des cliniciens spécialisés de niveau national et international. Cette formation sur le tas a été autogérée par le personnel de l'hôpital et réalisée avec l'aide de spécialistes invités (pédiatres, chirurgiens et gynécologues externes). Elle s'effectue par séries de 4 à 6 séances hebdomadaires, deux fois par an. Par ailleurs, le personnel des établissements de santé périphériques en zone rurale a été invité à assister aux séances de formation hebdomadaires à l'hôpital.

L'hôpital de district est l'établissement de formation et de recyclage le plus important du district, non seulement pour son propre personnel, mais également pour le personnel de toutes les autres formations de santé du district. Les médecins et les infirmières-chefs de l'hôpital peuvent offrir des services de soutien spécialisés dans les centres de santé et autres établissements de premier recours (supervision). C'est pour eux une bonne occasion de se familiariser avec les conditions sociales et épidémiologiques locales et d'améliorer les relations avec le personnel. Pour plus de détails, y compris sur les méthodes de télé-enseignement, voir le chapitre 5 - « Développement des ressources humaines ».

A l'hôpital de district de Kissidougou (Guinée)

les cliniciens ont participé à la supervision des centres de santé. En un an seulement, le résultat de cette activité est que le taux de césariennes est passé de 0,5 à 1,3 % de la totalité des accouchements dans le district³⁵, ce taux pouvant être utilisé comme indicateur de réduction de la mortalité maternelle.

4. Gestion

Organisation du service

Chaque hôpital doit avoir une perception claire de son rôle et de ses attributions dans le système de santé. Cette appréciation a des conséquences directes sur la taille de l'hôpital, son niveau technique et la composition du personnel. Chaque hôpital devrait disposer d'un organigramme indiquant la structure des différents départements ainsi que les relations existant entre eux.

Le fonctionnement efficient de l'hôpital exige des méthodes et des outils de gestion modernes. Une équipe-cadre est chargée d'organiser le fonctionnement de l'hôpital. Généralement, elle comprend le directeur du service médical, le directeur administratif (ou administrateur/comptable), l'infirmière-chef et, éventuelle-

³⁵ En fonction de l'origine des mères et de la nécessité vitale de pratiquer une césarienne, environ 2 % des accouchements dans un district sanitaire subsaharien moyen sont effectués de cette façon.

ment, les chefs des autres services. Dans de nombreux pays, grâce à la décentralisation du secteur de la santé, des « conseils d'hôpitaux » incluant des représentants de la communauté et de l'administration locale, deviennent les comités responsables les plus importants.

Administration et gestion

Compte tenu de l'accroissement de la charge administrative des hôpitaux de district (par exemple en raison de la décentralisation du système de financement) et des lacunes actuelles, la compétence et l'efficacité des services administratifs deviennent essentiels. Le personnel médical doit être libéré de ces charges administratives, en totalité ou, en tout cas, le plus possible, mais il doit continuer de participer aux processus décisionnels.

La formation du personnel administratif doit inclure des méthodes informatiques de tenue des livres, de gestion des stocks, de comptabilité, etc. Les méthodes utilisées doivent être conformes au système informatique utilisé dans le district.

A l'hôpital de soins de santé secondaires de Bè à Lomé (Togo)

un comité de cogestion comprenant des représentants de différents groupes de la population a été mis en place. Il a participé aux principales décisions, notamment à toutes les décisions financières. Tous les membres ont bénéficié d'une formation et de conseils du CREDESA (Centre régional pour le développement et la santé) au Bénin.

La mauvaise gestion des ressources humaines constitue un des problèmes majeurs. Mais il est possible de vaincre les résistances des structures hiérarchiques et le manque d'engagement. Les méthodes modernes qui sont disponibles aujourd'hui peuvent contribuer à améliorer considérablement la gestion des ressources humaines. Il faut évoquer dans ce domaine : la participation du personnel concerné à toutes les étapes de la planification, la création de cercles de qualité et l'application de procédures transparentes et fiables de gestion du personnel (y compris de mesures d'encouragement et de sanctions).

Les *descriptifs d'emplois* et les instructions de service rendent le déroulement des activités plus efficace et doivent être mis à la disposition de chaque membre de l'équipe de santé.

Les *tableaux de service* doivent être préparés avec les personnes concernées et affichés à la vue de tous.

Des *réunions quotidiennes du personnel clinique* et des réunions de travail (par exemple, une fois par semaine) améliorent l'organisation du travail, la communication et renforcent l'esprit d'équipe.

Lorsque les équipes de service changent, il faut une passation de service appropriée, en particulier dans le service de maternité. Les principaux événements se produisant pendant le service de nuit doivent être correctement reportés par écrit dans le *registre* de service. Cela vaut également pour tous les autres points d'ordre général tels que les pannes concernant l'équipement ou le matériel.

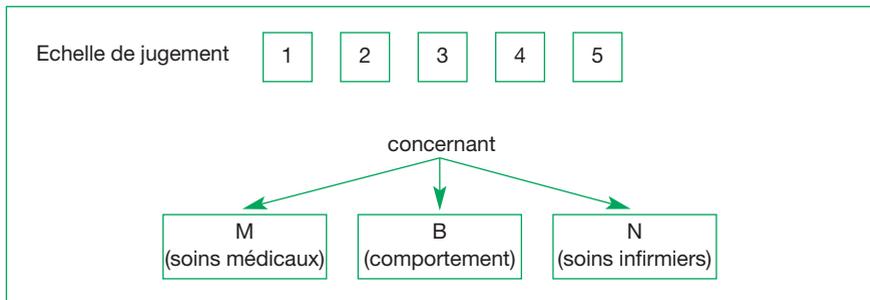
Il faut mettre en place des *mesures d'encouragement et des primes de rendement*. En cas de manquement, il faut veiller à ce que des mesures disciplinaires soient prises en fonction des règlements convenus.

Pour plus de détails, voir le chapitre 5 - «Développement des ressources humaines» et le chapitre 2 - «Planification et gestion».

Gestion de la qualité

En raison des coûts, de la gravité de la plupart des maladies et des risques élevés liés aux soins hospitaliers, l'aspect qualitatif est très important pour les hôpitaux. L'expérience internationale montre

Figure 1: Principe du retour d'information demandé aux patients. Les chiffres correspondent au jugement exprimé (de 1 = très bon à 5 = très mauvais); les lettres M, B et N correspondant à la performance à juger.





Le taux des césariennes est un indicateur pertinent pour mesurer la performance de l'hôpital et le fonctionnement du système de référence (Rwanda)

que les nouvelles méthodes de gestion de la qualité axées sur l'auto-évaluation et l'auto-surveillance (« cercles de qualité ») s'appliquent tout particulièrement aux hôpitaux.

Les membres des équipes eux-mêmes sont encouragés à se préoccuper de l'amélioration de la qualité en s'appuyant d'abord sur une analyse appropriée de leur performance. Les événements spéciaux tels que les décès de patients dans le service de maternité ou un autre service doivent faire l'objet d'une analyse critique et d'une documentation claire.

Plutôt que d'entreprendre d'emblée ce genre d'initiatives sur l'ensemble de l'établissement, il est préférable de commencer par des services spéciaux tels que les laboratoires, la maternité, les blocs opératoires, les services de maintenance.

En plus de l'auto-évaluation, il est important de demander régulièrement aux patients leur appréciation personnelle de la qualité des soins reçus et leurs suggestions d'amélioration. On pourra pour cela avoir recours à des interviews, des questionnaires ou des boîtes à suggestions. Une méthode simple est présentée ci-dessous.

La question de la gestion de la qualité est abordée plus en détail dans le chapitre 2 – « Planification et gestion ».

Le paragraphe suivant et le chapitre 6 – « Coûts et financement » traitent de la gestion financière d'un hôpital. Pour les aspects de la gestion du matériel et de la maintenance, voir le chapitre 9 – « Services techniques et maintenance ».

5. Financement

Coûts

Dans les pays en développement, les hôpitaux, y compris les hôpitaux universitaires et les hôpitaux régionaux, absorbent de 40 à 80 % des dépenses publiques de santé³⁶. Cette part énorme fait l'objet d'un débat constant sur la nécessité et l'utilité de soins hospitaliers coûteux. Et elle est souvent à l'origine de demandes visant à consacrer une part plus importante des dépenses aux soins de santé primaires donnés aux niveaux inférieurs.

Toutefois, les coûts élevés des soins hospitaliers ne sont à mettre au compte des hôpitaux de district que dans une mesure limitée.

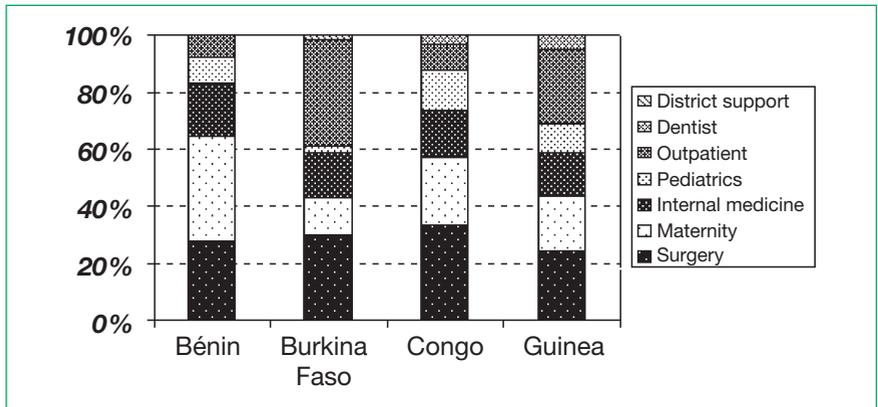
Tableau 3 : Exemples de dépenses courantes des hôpitaux de district (par an en USD)

Hôpital	Chercheur Année	Dépenses courantes totales	Salaires (part %)	Médicaments consommables	Contribution des donateurs
Kissidougou (Guinée)	Marx 1998	284.000	45,5 %	21,1 %	8,3 %
Lushoto (Tanzanie)	Kobb 1997	131.000	45,9 %	20,3 %	5,8 %
Korogwe (Tanzanie)	Kobb 1997	143.000	52,4 %	19,5 %	6,1 %
Sengerema* Tanzanie	Kapinga 1998	340.468	58,0 %	25,3 %	39 %**

* hôpital de district d'Eglise ** missions en outre-mer incluses

³⁶ Dans les pays industrialisés, les dépenses de santé sont nettement plus élevées et les problèmes de maladies chroniques plus nombreux, mais la part allouée aux hôpitaux est légèrement inférieure, soit de 35 à 70 % (F.Stierle, Costs and performance of District Hospitals – Possibilities for Rationalisation, action research in 4 African countries, GTZ, 2000).

Figure 2 : Costs per department / cost-centre (Stierle et al. 2000)



Ces derniers font partie intégrante des systèmes de santé de district et, pour des raisons de qualité des soins, ils doivent assurer le niveau technique et la qualité des personnels requis. Par cela, bien entendu, ils sont et seront toujours relativement coûteux.

Pour des raisons opérationnelles, il est indispensable de connaître le montant des dépenses courantes. Mais de nombreuses études portant sur les coûts des hôpitaux de district ont été effectuées avec des résultats différents. Il faut savoir si seuls les frais de fonctionnement sont pris en compte ou si les coûts des investissements sont également pris en considération. Parfois, on ne tient pas compte de l'amortissement. La taille de l'hôpital, le nombre de lits et l'importance des effectifs ont une incidence sur les coûts unitaires courants.

Par ailleurs, l'analyse des coûts par service peut donner une image intéressante du rôle de l'hôpital en tant qu'établissement d'orientation. A cet égard, on peut considérer que la chirurgie et l'obstétrique jouent un rôle crucial alors que, par exemple, le service de soins ambulatoires peut agir comme un centre de santé.

Gestion financière

Evidemment, un hôpital ne peut pas être financé exclusivement par les revenus provenant de la tarification des soins ou des régimes d'assurance. La part des frais courants pouvant être couverte par

des revenus provenant de l'hôpital lui-même se situe aux alentours de 5 % seulement, mais elle peut atteindre 15 à 30 % (voire 40 %) ³⁷. Il est recommandé à chaque hôpital de faire une évaluation sérieuse du pourcentage des frais de fonctionnement que ses propres revenus peuvent couvrir (tarification des soins, plans de prépaiement ou assurance maladie).

Le rôle du Gouvernement est d'affecter les fonds nécessaires pour couvrir les coûts récurrents. Dans certains pays, ces fonds ne permettent de couvrir que les salaires et l'achat des médicaments, ainsi que – souvent en coopération avec un donateur externe – le coût des investissements (bâtiments et services publics).

La tarification des services doit être approuvée par les communautés locales et être connue de tous. Pour les hôpitaux pratiquant une tarification de leurs services, les régimes d'assurance et plans de paiement par anticipation peuvent être des moyens de faciliter l'approvisionnement financier. Malheureusement, à ce jour, le nombre d'expériences encourageantes reste limité.

Grâce à une réglementation d'exonération, l'hôpital doit garantir l'accessibilité à ceux qui n'ont pas les moyens de payer les frais d'hospitalisation. Tout le monde s'accorde à dire qu'une exception à la règle de tarification des services doit s'appliquer également aux malades chroniques (TB, SIDA, diabète). Mais très souvent, les plans de dérogation existants ne sont pas correctement appliqués (pour plus de détails, voir le chapitre 6 – « Coûts et financement »).

Dans les hôpitaux de district de la région de Tanga (Tanzanie)

Une étude sur les coûts et sur la gestion financière (avril 1997) a montré que, dans un hôpital de district, 35 % des patients devaient être exonérés des frais d'hospitalisation, alors qu'en réalité, de 50 à 60 % des paiements étaient exonérés ou non effectués.

Les chiffres relatifs aux commandes de médicaments, aux prix et autres éléments d'information ont révélé que 110 membres du personnel et les membres de leurs familles consommaient 0,9 % de la quantité mensuelle de médicaments destinée à l'ensemble de la population du district (près de 270 000 habitants). ³⁸

³⁷ A l'hôpital de Kissidougou, 40 % des frais courants, y compris les salaires du personnel, étaient couverts par les revenus/la tarification des soins (1996).

³⁸ Selon D. Kobb (1994), « Costs and Financing of District Hospitals », Tanga/Tanzanie

Pour éviter toute utilisation abusive des réglementations d'exonération et des plans de dérogation, des mesures administratives spéciales peuvent être prises, par exemple sous forme de cotisations minimales.

Il est souhaitable de parvenir à une standardisation de la tarification dans le district. L'équipe-cadre devrait l'initier. Mais c'est finalement aux communautés locales qu'il appartient de décider de la tarification des soins de « leur » service de santé. Il faut en tout cas établir une coordination entre les tarifs des services hospitaliers et ceux de chaque centre de santé. Des tarifs réduits doivent s'appliquer aux patients transférés à l'hôpital à partir des centres de santé. Cela permet d'éviter que les dépenses déjà effectuées pour le traitement au centre de santé et pour le transfert à l'hôpital ne compromettent la poursuite du traitement à l'hôpital. Ces subventions doivent être financées dans le cadre d'un système global de financement au niveau du district.

Les plans de financement les plus sophistiqués et les plus complets risquent d'être compromis par la tarification non officielle des services, par les dessous-de-table demandés par le personnel médical et par une politique d'exonération floue.

6. Suivi et documentation des résultats

Le système de publication des résultats de l'hôpital fait partie intégrante du système d'information sanitaire du district. Les indicateurs, les registres et les formulaires doivent répondre aux impératifs du système national d'information sanitaire. Si le système national d'information ne couvre pas les aspects considérés comme essentiels pour la qualité des prestations hospitalières, l'équipe-cadre doit adapter les indicateurs et les activités en conséquence.

S'il apparaît que les indicateurs utilisés par le système d'information ne convient pas, l'équipe-cadre de l'hôpital, et éventuellement d'autres équipes de divers services, devraient définir d'autres indicateurs pour suivre les résultats obtenus par rapport aux objectifs autodéfinis.

Il est essentiel que les données recueillies soient fiables. Le traitement des données par un personnel non qualifié, alors que le flux d'informations est de plus en plus important, comporte des risques. Les données déclarées sont alors de qualité douteuse et

Au Bénin et en Guinée (Conakry)

un système national complet de suivi et d'évaluation a été mis en place. Ce système comprend un outil particulièrement important : l'auto-surveillance semestrielle.

Lors de ce processus d'auto-surveillance, une analyse des données au niveau opérationnel est effectuée par le personnel concerné. Cette approche est considérée comme un outil de gestion servant à identifier les problèmes et à faciliter les actions correctives sur le plan local.

Il importe toutefois de se montrer prudent en ce qui concerne la qualité des données fournies !

En Guinée, 15 ans après l'adoption de cet outil de contrôle, on constate que les professionnels de santé maîtrisent parfaitement le traitement des données et ont tendance à les manipuler, si bien qu'il est de plus en plus difficile de se faire une idée de la situation réelle.

doivent faire l'objet d'une évaluation critique. Une analyse des données effectuée dans la région de Tanga, en Tanzanie, a montré que la marge d'erreur était de l'ordre de 30 % à 40 %. Il ne faut donc pas se laisser induire en erreur par la précision de chiffres apparemment exacts³⁹.

L'évolution des maladies et les données concernant la morbidité et les groupes d'âge peuvent servir de point de départ à la recherche nécessaire pour adapter les stratégies, les activités et la promotion de la santé à l'évolution du contexte.

Lorsque les patients quittent l'hôpital pour retourner à la formation sanitaire de premier échelon, l'hôpital doit fournir à cette dernière des informations sur la maladie et ses causes, ainsi que des recommandations. C'est pourquoi il importe de mettre au point des formulaires d'orientation et de réorientation et de rendre leur utilisation obligatoire.

³⁹ La terminologie « prix du marché » des personnels de santé se réfère à un revenu moyen que peut attendre un professionnel de santé dans un contexte sectoriel et national donné.

Tableau 4 : Divers indicateurs servant à suivre la qualité des prestations des hôpitaux de district (3 exemples)

	Savalou/ Bénin	Savané/ Burkina Faso	Kissidougou/ Guinée	Commentaires
Population cible	129 000	137 000	174 000	
Nombre de lits	86	53	100	
Habitants par lit	1 500	2 585	1 740	Il faudrait au moins 1 lit pour 1 000 habitants
Effectifs totaux disponibles (postes vacants en %)	47	23	80	
Médecins	2-3	1	9	Il en faudrait au moins trois
Taux d'occupation des lits	45 %	30 %	80 %	Dans le cas idéal, environ 80 % (rentabilité)
Durée du séjour hospitalier	6	6,5	6	Le système de réorientation est crucial
Nombre d'heures de travail par nombre de patients : MD/ personnel clinique (productivité)	1,2/6,6	2,4/38,1	2,2/13,3	
Taux de césariennes	2,2 %	0,2 %	1,3 %	Au moins 2-3 % de l'ensemble des accouchements dans le district !
Coûts/lit/an (\$ US)	2 400	3 200	3 700	
Coûts/cas (\$ US)	59	118	47	
Coûts/jour (\$ US)	12	18	14	

Sources d'informations complémentaires

- Goergen,H.(1995) L'hôpital dans le système de santé de district ; GTZ, Eschborn
- Kobb,D. (1997) The costs and financial management of district hospitals in Tanga Region, GTZ Tanga /Dar es Salaam
- Maier,B. Urassa,D.(1997) Quality assessment of district hospitals in Tanga Region ; MOH, Dar es Salaam, GTZ,Tanga.
- National Institute of Public Health (2003) Hospital management training - for hospital management teams, Textbook ; MOH, GTZ, Cambodia.
- Noterman,J.P., Criel,B., Kegels, G. and Isu,K.(1995) A prepayment scheme for hospital care in the Masisi district in Zaire, a critical evaluation ; Soc Sci Med 40
- Stierle,F, (2000) Costs and performance of district hospitals - possibilities for rationalisation, action research in 4 African countries ; GTZ Eschborn
- Van Lerberghe,W., Lafort,Y. (1990) The role of the hospital in the district. OMS/SHS/ Document de travail No. 2. OMS, Genève
- Van Lerberghe,W., Van Balen,H., Kegels,G. (1990) Hôpitaux de district et hôpitaux de premier recours dans les pays d'Afrique au Sud du Sahara ; Medicus Mundi, Anvers
- OMS (1992) The hospital in rural and urban districts. WHO Technical Report Series 819, OMS, Genève
- WHO (1996) District hospitals : guidelines for development ; Regional Publications, Western Pacific Series No.4
- World Bank (1993) World development report - Investing in health ; Oxford University Press

5. Développement des ressources humaines

par Walter Seidel & Bergis Schmidt-Ehry

1. Introduction
2. Besoins fondamentaux en personnel
3. Formation de base
4. Formation complémentaire
5. Formation sur le tas
6. Répartition du personnel
7. Rémunération, motivation et sanctions
8. Travail d'équipe et leadership
9. Stratégie et politique



Entre-temps, la plupart des pays ont introduit l'informatique au niveau du district (Tanzanie)

1. Introduction

Pour assurer la prestation adéquate et efficace de soins de santé, il faut disposer d'un personnel de santé très motivé, bien formé et en nombre suffisant. Sans cette motivation et cet engagement, la plupart des programmes et des projets sont voués à l'échec. Le développement des ressources humaines est généralement perçu comme un ensemble d'activités visant à améliorer l'efficacité et la qualité de la prestation de soins par le personnel de santé. Les principaux domaines donnant lieu au développement des ressources humaines sont résumés ci-dessous.

Il existe une documentation abondante et volumineuse sur tous ces sujets et quelques ouvrages de référence sont cités en fin de chapitre. Pour les besoins du présent document, l'effort s'est concentré sur un nombre limité de leçons à retenir.

Si le développement des ressources humaines relève essentiellement de l'administration centrale (par exemple par la création d'écoles appropriées, la préparation de programmes d'études et d'examens, la détermination des effectifs et de la structure salariale), de nombreuses mesures peuvent malgré tout être prises au niveau du district : bonne organisation du travail, répartition efficace du personnel, leadership et bonne communication. Les principales leçons retenues pour ces deux niveaux administratifs sont présentées dans le présent chapitre.

2. Besoins fondamentaux en personnel

Une des fonctions classiques de l'administration centrale consiste à élaborer des normes de dotation en personnel et à s'assurer que les agents de santé sont formés en nombre suffisant pour atteindre des résultats conformes à ces normes. Deux exemples types, bien que différents, sont donnés par le Burkina Faso et la Tanzanie.

Cependant, dans de nombreux pays, il n'existe aucune norme. Dans d'autres pays, les normes existantes ne sont pas appliquées ou le coût de leur application empêche la mise en pratique. Une des premières actions à mener pour améliorer le développement des ressources humaines consiste à analyser les lacunes et à prendre les mesures nécessaires.

Normes pour le personnel dans les services de santé

Exemple du Burkina Faso – Ministère de la Santé (1993)

CSPS (= dispensaire) population < 10 000 habitants	3 personnes (1 infirmière, 1 sage-femme auxiliaire, 1 auxiliaire)
CM (= Centre de santé sans bloc) population < 30 000 habitants	11 personnes (1 médecin, 5 infirmières/sages-femmes, 3 auxiliaires, 1 secrétaire, 1 technicien)
CMA (= petit hôpital) population 150 000 – 200 000	23 personnes (2 médecins, 13 membres de personnel clinique et infirmier, 1 technicien de laboratoire, 1 infirmière dentaire, 1 administrateur, 5 techniciens – chauffeurs)

Dotation en personnel des services de santé

Exemple de la Tanzanie – Ministère de la Santé/Civil Service Department (2001)

Dispensaire	5 personnes (1 infirmière, 1 infirmière-sage-femme, 3 auxiliaires)
Centre de santé rural sans bloc	29 personnes (1 AMO, 3 agents cliniciens, 15 membres de personnel infirmier, 3 auxiliaires, 1 agent de santé, 2 administrateurs, 4 techniciens – chauffeurs)
Hôpital de district	154 personnes (dont : 2 médecins, 13 membres de personnel clinique et infirmier, 1 technicien de laboratoire, 1 stomatologue, 1 administrateur, 5 techniciens – chauffeurs)

D'une manière générale, peu de personnes choisissent de travailler dans les régions éloignées ou défavorisées ; c'est pourquoi il est relativement difficile à l'administration d'affecter du personnel dans les zones rurales. Une démarche fréquemment suivie pour résoudre ce problème consiste à rendre obligatoire le service en zone rurale la ou les premières années qui suivent l'obtention des diplômes. Cela se traduit par une faible motivation et par des vacances de postes en périodes de faible recrutement. Par ailleurs,

Comment fidéliser le personnel dans les zones rurales ?

Un exemple du Tchad (1998)

Dans le cadre d'un projet cofinancé par la Banque mondiale, le gouvernement du Tchad a lancé un programme de fidélisation du personnel dans les zones rurales en prenant des mesures novatrices. Les principaux éléments de ce programme sont :

- la fourniture d'un logement adéquat ;
- un accord contractuel à caractère obligatoire selon lequel le coût des études secondaires et des études supérieures des enfants sera financé par un programme de bourses d'études.

le personnel récemment formé a particulièrement besoin d'une supervision technique (dont il risque de ne pas bénéficier dans des postes isolés). Les postes isolés ont besoin de personnel expérimenté, à moins qu'un système de télécommunications permette un contact régulier avec du personnel expérimenté.

Une approche plus appropriée, surtout dans une optique de durabilité, consisterait à déterminer les « prix du marché » des personnels de santé⁴⁰ dans un pays donné et à s'assurer qu'en zone rurale les salaires des agents de santé sont proches de ces prix. Ceci est d'autant plus important qu'en zone rurale, il est généralement plus difficile que dans les centres urbains de compléter son salaire par une activité privée. Dans un service de santé incapable ou refusant de s'aligner sur ces prix du marché, il y a de forts risques pour que le personnel se lance dans une activité privée à l'intérieur et à l'extérieur du service de santé. Ces activités privées peuvent être tellement préjudiciables à la prestation de services que les pertes économiques risquent d'être supérieures au coût représenté par le paiement de salaires décents.

Des mesures d'incitation non monétaires peuvent également faciliter la répartition et la fidélisation du personnel dans les zones rurales, comme le montre l'exemple du Tchad.

⁴⁰ La terminologie « prix du marché » des personnels de santé se réfère à un revenu moyen que peut attendre un professionnel de santé dans un contexte sectoriel et national donné.

Lors de la planification de ces aspects du développement des ressources humaines, il faut tenir compte de facteurs complexes. La planification doit porter sur une longue période (10 à 20 ans) et les plans doivent être corrélés aux programmes de réforme en cours ou prévus dans la fonction publique. Cela présuppose une bonne connaissance de la prestation de services de santé et des principales préoccupations du personnel. Cela exige aussi une étroite collaboration avec d'autres ministères (par exemple, ceux des finances et de l'enseignement supérieur). Compte tenu de la complexité de ces tâches et étant donné que dans presque tous les systèmes de santé du monde, le paiement des salaires et des traitements représente l'essentiel des dépenses de santé, le service en charge du développement des ressources humaines devrait être le service le plus important et le mieux équipé du ministère de la Santé. C'est généralement le contraire qui se produit et les gouvernements comme les bailleurs de fonds peuvent envisager d'intervenir pour remédier à cette situation⁴¹.

La disponibilité des ressources humaines est une question essentielle dans la planification de toute réforme des programmes ou du secteur de la santé. La brève liste de contrôle présentée ci-dessous permet d'examiner les principaux facteurs ayant une incidence sur la disponibilité des ressources humaines lorsqu'on envisage une réforme.

- Existe-t-il des normes de dotation en personnel et, si tel est le cas, représentent-elles un compromis raisonnable entre les besoins et ce que le pays peut se permettre ?
- Les profils professionnels des postes les plus importants ont-ils été définis et, si tel est le cas, ces définitions correspondent-elles aux besoins des districts ?
- Existe-t-il actuellement un programme de réforme de la fonction publique et les conséquences qu'il pourrait avoir sur les effectifs du secteur de la santé ont-elles été analysées ?
- Les « prix du marché », applicables au personnel de santé, sont-ils connus des planificateurs du système de santé ?

⁴¹ Il est intéressant de noter qu'en 1997, l'unité Santé de la Direction générale Développement de la Commission Européenne a consacré le premier numéro d'une série de lignes directrices techniques et politiques aux « Ressources humaines dans le secteur de la santé ». Ses conclusions sont très voisines de celles qui sont présentées ici. Voir les « Sources d'informations complémentaires » en fin de chapitre.

- Les salaires du personnel de santé de la fonction publique (tous avantages sociaux compris) sont-ils proches des « prix du marché » des personnels de la santé ?
- Existe-t-il une limite bien définie et respectée entre pratique privée et service public ?
- Le pays a-t-il défini une politique visant à attirer du personnel dans les zones mal desservies et cette politique semble-t-elle efficace ?

Plus le nombre de « non » donné en réponse à ces questions est grand, plus il peut être important pour un pays de tenir compte de ces questions de ressources humaines dans la préparation d'un programme de santé (par exemple en préparant un plan complet de développement des ressources humaines).



L'équité des sexes (Tanzanie)

3. Formation de base

La formation de base classique des médecins, des infirmières et des sages-femmes accordait relativement peu de place à certains

domaines pourtant déterminants pour l'efficacité des soins de santé de district, notamment aux domaines suivants :

- épidémiologie et santé publique,
- relation entre les services de santé et leurs utilisateurs,
- organisation et gestion de base,
- travail d'équipe, leadership et communication.

De nombreux pays ont commencé à revoir leurs programmes d'études de premier cycle de manière à tenir compte de ces domaines, mais en raison de la crise à laquelle sont actuellement confrontés les établissements d'enseignement de nombreux pays africains, peu de ces nouveaux programmes ont été mis en pratique. L'amélioration de la formation élémentaire est primordiale pour le développement ultérieur des services de santé de district. Certains bulletins et sites Internet traitent de ces questions. Ils sont présentés dans la partie « Sources d'informations complémentaires » de ce chapitre.

La liste de contrôle suivante peut aider à identifier les modifications et les réformes qui seraient nécessaires dans le secteur de la formation :

- Les programmes d'études de premier cycle pour les médecins, les infirmières et les sages-femmes ont-ils fait l'objet d'une évaluation et /ou d'une révision au cours des 5 dernières années ?
- A-t-on accordé aux soins de santé primaires une importance au moins égale à celle qui est accordée aux spécialités cliniques plus traditionnelles ?
- Dans les établissements de formation, le rapport enseignants-étudiants a-t-il augmenté (ou, au moins, n'a-t-il pas diminué) ?
- Est-ce qu'il est financièrement rentable de travailler dans la formation et le développement des ressources humaines et est-ce qu'on considère que cela en vaut la peine ?
- Les écoles de formation disposent-elles d'un budget pour leur propre développement institutionnel ? Ont-elles amélioré leurs techniques de formation ?
- Les établissements de formation font-ils l'objet de mesures d'incitation crédibles et/ou de pressions les incitant à améliorer leurs performances ?
- Y a-t-il une forme de consultation régulière et organisée entre le ministère de la Santé et celui de l'Enseignement supérieur ?

- Les services de santé périphériques, les prestataires de soins de santé primaires et les utilisateurs des services de santé participent-ils à la mise au point et à la révision de la formation des professionnels de la santé ?

Là encore, plus le nombre de réponses négatives est grand, plus il peut être important pour un pays d'envisager une réforme de la formation de base et une restructuration de ses institutions dans le cadre d'un programme de santé complet.

4. Formation complémentaire

La formation complémentaire des cadres des systèmes de santé de district se fait sous la forme de cours plus longs (généralement un an) de maîtrise en santé publique (MSP), ainsi que de cours spécialisés et/ou de cours thématiques de courte durée généralement organisés au niveau central.

Des cours de MSP adaptés aux besoins des futurs médecins de district sont de plus en plus souvent offerts par les universités nationales africaines (voir tableau ci-dessous) et il existe également des cours orientés sur les problèmes des communes, à l'intention des professions paramédicales et des infirmières (par exemple un cours offert par AMREF Nairobi, diplôme en santé communautaire).

Depuis 1999, l'institut de santé publique de Dar es Salaam, Tanzanie, offre un cours de MSP très populaire sur un an dont le niveau de qualité, selon la dernière évaluation externe de 2003, est comparable à celui des écoles de santé publique européennes.

Des formations de courte durée de 3 semaines à 3 mois et couvrant l'épidémiologie appliquée, la médecine communautaire et la gestion des services de santé sont offerts par des universités (par exemple le cours « Tools for Health Managers » par l'université de Nairobi) ou par des groupes spéciaux de formation (CEGDAC au Cameroun) dans les pays africains. Des cours sont également offerts dans diverses écoles européennes et américaines de santé publique et des efforts de collaboration permettent actuellement de préparer une maîtrise (MSP) modulaire en santé internationale dans différents instituts européens de médecine tropicale (initiative TropEdEurop).

Tableau 1 : Cours de MSP et de MSC dans les pays d'Afrique subsaharienne (2002)

Cours de maîtrise en santé publique (MSP) et en santé communautaire (MSC) dans les pays d'Afrique subsaharienne

Lieu	Durée (mois)	Période	Date limite de dépôt des candidatures	Tarifs des cours	Contact
Dar es Salaam, Tanzania Institute of PH, UoDSM MSP	12	octobre-septembre	avril	10 000\$ US	Prof. Leshabari tél.++ 255-22-2153371 diph@muchs.ac.tz
Moshi, Tanzanie MSP , KCMC, Université Tumaini	12	octobre-septembre	avril	8 275\$ US (10 190\$ US pour les étrangers)	Prof. Shao tél.++ 255-27-2754377-80 Jshao@kcmc.ac.tz
Kampala, Ouganda	24	octobre – septembre	mai	6 000\$ US par an	Prof. Wabwire fwabwire@iph.ac.ug
Nairobi, Kenya Community Health Departm. UoN MSC	24	octobre - septembre	avril-mai	450 000 Ksh	Prof. Violet Kimami PO Box 19676, Nbi violetki@comhlth.ac.ke
Kisumu, Nairobi, Kenya, MSC	24	Variable	Un mois avant le début	18 000\$ US	TICH PO Box 2224, Kisumu + 35 23972 tich@net2000ke.com
Ouidah, Bénin BESSAOUD	12	janvier-décembre	juin	13 940\$ US	Prof. Khaled tél.++229-341674/75 irspadm@intnet.bj
Pretoria, Afrique du Sud	18–24 ou à temps partiel	Le programme débute en janvier	août	3 400\$ US	Dr Busi Radebe PO Box 667 Pretoria 0001, SA bradebe@med.up.ac.za

Une liste actualisée des cours est disponible sur Internet. (Se reporter aux « Sources d'informations complémentaires » à la fin du présent chapitre.)

Depuis 1980, les bailleurs de fonds investissent de plus en plus dans le « renforcement des capacités », essentiellement en finançant

Tableau 2 : Cours de MSP à Dar es Salaam : ventilation des candidatures (femmes, étrangers, médecins-chefs de District, MD). Ce cours est de plus en plus recherché en Afrique orientale.

	Année universitaire 1999/2000	Année universitaire 2000/2001	Année universitaire 2001/2002	Année universitaire 2002/2003
Candidats	47	33	43	58
Candidats retenus	21 (h 19/f 2) Tanzaniens 17 étrangers 4	21 (h 13/f 5) Tanzaniens : 18 étrangers 3	25 (h 18/f 7) Tanzaniens 21 étrangers 4	29
Participants inscrits	14 (12/2) Tanzaniens 13 étrangers 1	15 (12/3) Tanzaniens 15 étrangers 0	18 (13/5) Tanzaniens 16 étrangers 2	18 (?/?)
MD	Tanzaniens 5	Tanzaniens 7	Tanzaniens 10	
Financement	MOH 10, Bailleurs de fonds 4	MOH/DFID 15	MOH et bailleurs de fonds 14, l étranger par son MOH, auto 2	MOH 7, bailleurs de fonds 8, auto 1

de la formation. De nombreuses formations de courte durée ont été organisées par des unités centrales sur d'importants problèmes de santé tels que le VIH/SIDA, la planification familiale, les maladies infantiles et l'organisation de programmes de vaccination. Il semble souvent plus intéressant de suivre les cours (en raison des indemnités journalières et d'autres mesures d'incitation) que d'améliorer les performances sur le lieu de travail (pour lesquelles il n'existe pas de mesures d'incitation). Fréquemment, des services de santé doivent fermer parce que leur personnel assiste à des ateliers et des séminaires. Cela prouve que les directeurs de district devraient avoir leur mot à dire dans la préparation des calendriers de formation, d'autant plus que ce sont eux qui doivent chercher des remplaçants. Les ministères nationaux de la Santé devraient rejeter les programmes qui encouragent la formation au détriment de la prestation de services. Les bailleurs de fonds et les institutions de coopération au développement ne devraient pas proposer ce type de programme.

L'impression générale est également que les cours standards officiels et la formation organisée au niveau central ont moins d'impact qu'on pourrait l'espérer sur les activités et les attitudes des stagiaires. Cela peut s'expliquer par trois raisons : des bénéficiaires

peu réalistes attendus de la formation, la non-intégration des directeurs de district et le manque de liens avec le milieu du travail réel. Les approches basées sur les cours personnalisés semblent plus efficaces. Dans ces approches, l'établissement de formation utilise le personnel chevronné du service de santé comme formateurs, le contenu standard des cours est adapté aux besoins spécifiques des participants et des services, la formation se déroule de façon intermittente et des tâches sont distribuées aux stagiaires qui doivent les exécuter dans leur propre milieu de travail. (Voir l'exemple du programme PEAS en Colombie et en Equateur, DSE 1996, et dans les paragraphes sur la formation en cours d'emploi plus bas.)

Malgré ces remarques critiques, il faut souligner que des cours de formation appropriés de courte et de longue durée peuvent constituer de puissants outils de motivation des agents de santé. Un milieu de travail réceptif aux compétences nouvellement acquises des stagiaires peut efficacement contribuer à améliorer la qualité des services de santé.

- Lorsqu'on envoie du personnel de santé suivre une formation, il peut être utile de se poser les questions suivantes :
- Les organisateurs du cours ont-ils bien précisé les objectifs pédagogiques de leur formation ?
- Les organisateurs du cours ont-ils bien précisé le niveau de formation de base nécessaire pour suivre le cours et les connaissances préalables requises ?
- Des objectifs pédagogiques conformes au profil professionnel et à la description du poste et de la personne qui l'occupe ont-ils été fixés ?
- Sait-on ce que les futurs stagiaires connaissent déjà des techniques et des éléments qui vont être enseignés ?
- Dispose-t-on de suppléants pour les agents de santé pendant leur absence ?

Plus le nombre de « non » donné en réponse à ces questions est grand, plus il peut être souhaitable de réexaminer une décision d'envoyer un membre du personnel suivre une formation, du moins jusqu'à ce qu'on dispose des informations nécessaires et qu'on ait pris des dispositions appropriées.

5. Formation sur le tas

Il est généralement reconnu que la formation médicale continue et la formation sur le tas constituent une part importante des activités des services de santé de district et qu'il serait raisonnable de consacrer environ un dixième du temps de travail du personnel et des budgets de fonctionnement à cette activité. De nombreux districts sont encore loin d'avoir atteint cet objectif et certains agents de santé ayant une longue ancienneté n'ont pas reçu de formation médicale continue depuis l'obtention de leur diplôme. Cette situation doit être considérée comme inacceptable. Avant d'élaborer des systèmes plus complets et plus complexes, il serait raisonnable de mettre en place cet outil simple qu'est la formation médicale continue pour améliorer la qualité des services.

Comme les districts africains n'ont généralement pas les moyens de financer un service en charge de la formation à temps plein, ils s'en remettent en grande partie aux cours organisés par les services compétents du ministère central ou au niveau intermédiaire (voir la partie 4 de ce chapitre). De nombreux membres du personnel du district peuvent participer comme formateurs aux activités de formation médicale continue, à condition d'être familiarisés avec les techniques pédagogiques. La formation de base du personnel de santé contient en général peu de formation formelle aux méthodes pédagogiques et didactiques. Des connaissances fondées dans ce domaine contribuent à éviter les erreurs couramment faites dans l'enseignement aux adultes, erreurs qui se traduisent souvent par une perte de temps et une frustration du personnel. Une formation formelle aux méthodes d'enseignement pour adultes a été mise sur pied dans la plupart des pays (en Tanzanie, par exemple, par l'intermédiaire du CEDHA (Centre for Educational Development in Health), à Arusha⁴²). En l'absence d'une formation de ce type, ou s'il n'est pas possible d'y envoyer du personnel, le minimum serait de consulter un des manuels traitant de ce domaine (voir les « Sources d'informations complémentaires »).

La formation médicale (et gestionnaire) continue ne doit pas nécessairement prendre la forme de cours de formation formels ; elle peut également être acquise de manière individuelle

⁴² Contact : CEDHA, P.O.Box 1162, Arusha, Tanzanie, tél. 00255-027-2544088, e-mail cedha@cedha.ac.tz



Un centre de santé islamique dans un système de santé de district intégré (Tanzanie)

(disponibilité de manuels, accès à Internet) et grâce au travail de groupe sur des questions spécifiques. Toutefois, l'être humain a tendance à reproduire ses expériences initiales d'apprentissage lorsqu'il étudie et peut, de ce fait, préférer demander des cours traditionnels et des séances de formation structurée. Les activités consistant à démontrer les avantages de l'auto-formation et du travail de groupe peuvent constituer une des tâches importantes d'un directeur de district. Ce travail d'information pourra, dans une certaine mesure, influencer la conception la plus courante de l'acquisition du savoir. Quelle que soit l'organisation du processus d'apprentissage, ses principaux objectifs (et par conséquent ceux de la formation) sont son efficacité et la pertinence du contenu.

Pertinence du contenu

Vous pouvez *améliorer la pertinence* d'un cours en vous posant des questions simples qui vous aideront à définir vos objectifs pédagogiques.

- Quelles sont les activités exactes et détaillées que vous souhaitez introduire ou améliorer? (Analyse des tâches)
- Les sujets et les techniques que vous allez enseigner sont-ils nécessaires et indispensables pour effectuer une tâche donnée? (Par exemple, est-il nécessaire de connaître l'anatomie exacte du rein pour bien prescrire un diurétique?)
- Que savent déjà les stagiaires? (Grâce à leur formation de base, à des cours antérieurs, à l'auto-formation ou à de simples observations sur le lieu de travail.)
- Que ne savent-ils pas exactement encore? (Analyse des lacunes.)

Efficacité des méthodes d'enseignement

On considère de plus en plus que l'enseignement traditionnel sous forme de cours magistraux est peu efficace du fait que les stagiaires ne retiennent qu'une faible partie de ce qu'ils entendent. La visualisation des principes enseignés, avec dessins et/ou diapositives, textes et documents de cours, *améliore l'efficacité* dans une certaine mesure. Il est toutefois nécessaire de respecter quelques règles simples de *présentation et de visualisation*.

- Tous les participants peuvent-ils lire le texte visualisé? (Pas plus de 6 lignes par diapositive, texte imprimé avec une police de caractère dont la taille est d'environ 24.)
- Y a-t-il une surcharge d'information et de texte par diapositive? (Ne pas utiliser la simple copie d'un document dactylographié comme diapositive: le texte sera non seulement illisible, mais une page contient également bien trop d'informations.)
- Le commentaire vocal suit-il le texte visualisé (ou vice-versa)? (Un trop grand écart entre les deux détourne généralement l'attention.)
- Si vous lisez plus ou moins le texte visualisé: disposez-vous d'autant de temps (en minutes) pour la lecture que vous avez de diapositives? (Une diapositive par minute, c'est beaucoup. Essayez de réduire.)

- Si vous discutez et commentez chaque diapositive : disposez-vous d'au moins cinq fois plus de temps pour le commentaire que vous avez de diapositives à projeter ?
- Avez-vous testé votre exposé pour voir s'il tiendra dans le temps dont vous disposez ? (On a généralement tendance à vouloir en dire trop. On dépasse alors le temps disponible, on laisse filer quelques conclusions et certains messages clés – probablement importants – et on réduit le temps réservé aux questions, à la discussion et à d'autres formes plus actives d'enseignement qui, de plus, sont plus efficaces – voir ci-dessous).

Pour chaque « non » donné en réponse aux questions, efforcez-vous d'adapter votre matériel d'aide à la présentation et à la visualisation.

La *forme d'enseignement la plus efficace* consiste à placer l'apprenant dans une situation active et à l'aider à maîtriser son propre processus d'apprentissage. En pratique, cela veut dire :

- aider l'apprenant à effectuer lui-même l'analyse de la tâche qui lui est confiée,
- laisser l'apprenant définir lui-même les techniques et les connaissances dont il a besoin pour effectuer la tâche,
- aider l'apprenant à effectuer sa propre analyse de déficit par rapport aux connaissances et compétences requises,
- le laisser définir ses propres objectifs d'apprentissage,
- prévoir du temps pour le travail de groupe, le dialogue et l'auto-formation,
- laisser le stagiaire constituer ses propres références didactiques en utilisant les livres, les revues et, de plus en plus, Internet ; (de nombreux documents de formation, des bons et des moins bons, ont été préparés au cours des dernières décennies, en particulier dans le cadre des programmes à grande échelle de l'OMS visant à lutter contre les maladies de l'enfance – aujourd'hui regroupés dans le programme « Contrôle intégré des Maladies de l'Enfance » (CIME) ; ces documents peuvent servir pour la formation et certains peuvent être téléchargés) ;
- repenser le rôle du formateur qui doit se transformer en facilitateur de l'apprentissage plutôt qu'en enseignant.

L'organisation des processus d'apprentissage sur la base de ces règles simples représente déjà une étape majeure en direction de

l'apprentissage basé sur la résolution de problèmes, nouvelle méthode d'apprentissage de plus en plus utilisée dans les établissements de formation novateurs. L'abandon des pratiques d'enseignement et d'apprentissage axées sur le cours magistral traditionnel au profit de l'apprentissage actif auto-dirigé ne se fait pas sans mal et les changements nécessaires exigent des efforts constants sur de longues périodes. Mais cette méthode d'enseignement rend l'apprentissage plus efficace et les efforts consentis en valent vraiment la peine. Les adultes formés améliorent leur aptitude à apprendre et peuvent utiliser cette compétence pour résoudre d'autres problèmes.

Utilisation d'Internet

Quelles sont les possibilités offertes par le réseau *Internet*? Même s'il fait plus penser à un vaste chantier de construction qu'à autre chose, il a de plus en plus d'importance comme source d'informations pour l'auto-formation et d'autres formes d'apprentissage. Il permet d'accéder à d'énormes quantités de renseignements dans le domaine de la santé et de la coopération au développement en général. Les lignes téléphoniques de bonne qualité sont de plus en plus courantes et l'ordinateur a tendance à se généraliser, même dans les localités relativement isolées.

Techniquement, il suffit souvent de disposer d'un modem et des fonds nécessaires pour financer les frais d'accès à Internet et les frais de fonctionnement (maintenance et consommables). En théorie, Internet est un outil prometteur pour l'apprentissage dans les lieux isolés. En pratique, son utilisation reste limitée et les obstacles sont encore nombreux. Les lacunes se présentent surtout au niveau du manque d'expérience dans l'exploitation du réseau et dans le manque de documents de bonne qualité facilement accessibles et adaptés aux besoins des services de santé de district en Afrique. Le temps passé à localiser des informations utiles peut parfois être disproportionné par rapport à l'information obtenue en fin de compte. Comment améliorer cette situation?

Pour commencer, et pour acquérir de l'expérience, des cours de formation élémentaire en informatique et en télématique pourraient être offerts aux agents de santé de district. Un établissement (qui reste à identifier) pourrait fournir des indications permanentes sur les informations accessibles sur

Utilisation d'ordinateurs au niveau du district

Expérience menée dans la région de Tanga (Tanzanie)

Malgré les fréquentes coupures de courant qui peuvent encore poser des problèmes, l'utilisation de l'ordinateur se généralise, même dans les districts ruraux d'Afrique. L'informatique peut contribuer à réduire les charges de travail et faciliter les communications, ce qui constitue un plus considérable, notamment pour les régions isolées.

Conditions nécessaires :

- électricité,
- matériel : PC compatible IBM, par exemple un Pentium III avec moniteur, lecteur de disquettes 1,44 Mo, lecteur-graveur de CD-ROM, onduleur ; le matériel doit être couvert lorsqu'il n'est pas en service ;
- une pièce non humide, non exposée à la lumière directe du soleil et à la poussière et protégée contre le vol.

La formation doit avoir lieu sur place ou dans un centre de formation voisin équipé de 2 à 4 ordinateurs. Un formateur qualifié doit être disponible pour les séances de suivi, y compris pour assurer l'entretien du matériel et la maintenance du logiciel (programmes antivirus, par exemple).

Pour chaque district, quatre membres du personnel (équipe de gestion de santé de district et hôpital) doivent suivre

(1) une formation de base sur

- MS-WORD Traitement de texte
 Mise en page
- MS-Excel Tableur
- Système informatique de gestion de la santé (SIGS national)
 Entrée et communication de données (Service de santé au MD, MD au MR), analyse des indicateurs, Retour d'information au Service de santé

(2) des séances de suivi de formation sur place axées sur deux personnes plus avancées.

L'expérience montre que malgré le niveau élevé de motivation les progrès sont lents. Il est indispensable de se montrer patient ! La formation individuelle est préférable car les didacticiels ne sont pas encore largement acceptés.

Internet et utilisables pour la formation dans les districts. Ce service pratique devrait aider à choisir et structurer les renseignements nécessaires parmi la masse énorme d'informations disponibles. L'accès à Internet commençant seulement à se généraliser, son utilisation n'en est encore qu'à ses premiers balbutiements. Il importe d'acquérir une expérience pratique et, dans cette optique, il faut encourager les expériences contrôlées (recherche opérationnelle). En fin de chapitre, les « Sources d'informations complémentaires » proposent quelques sites fournissant des indications de base sur les informations disponibles sur Internet pour les systèmes de santé de district.

6. Répartition du personnel

La bonne répartition du personnel et des tâches en fonction de l'organisation des services est essentielle pour la gestion des ressources humaines. De toute évidence, les situations de sureffectifs et de sous-effectifs sont néfastes à la qualité et à l'efficacité du travail. Dans les zones rurales, en particulier, le manque de personnel qualifié constitue un problème sérieux. Le processus de décentralisation peut offrir quelques possibilités d'amélioration comme le montre l'expérience du Ghana.

Des profils professionnels et une description claire des tâches doivent être définis pour toutes les catégories de personnel. Les descriptifs de postes « théoriques » et « réels » doivent être comparés et adaptés si nécessaire.

Comment attirer du personnel qualifié dans les régions isolées

Exemple de Brong Ahafo, Ghana

L'engagement des membres des équipes de gestion régionales et de district est sans aucun doute un facteur important. Ils doivent faire un effort individuel, par exemple en faisant la promotion de ces postes auprès des établissements de formation. Le contact personnel semble revêtir une importance particulière dans les efforts visant à attirer des agents de santé qualifiés dans les régions isolées.

Mais il va de soi que les mesures d'incitation logistiques et monétaires doivent également entrer en ligne de compte.

Il est possible qu'une révision complète des descriptifs de postes et qu'une redistribution des tâches ne soient pas faisables. Dans ces domaines, de nombreux exercices de planification en sont restés au stade des bonnes intentions et ont eu peu d'impact sur la véritable efficacité fonctionnelle. Il serait pourtant possible d'obtenir des résultats en effectuant une analyse simple du type : « Parmi nos activités, quelles sont les trois les moins importantes et quelles sont les trois qui sont essentielles et que pourtant nous négligeons ». Il s'agirait ensuite de répartir les ressources en conséquence.

L'hôpital de district de Nkongsamba, au Cameroun

Cet hôpital a entamé en 1995 un processus de restructuration selon lequel les tâches des services et du personnel ont été redéfinies.

- Les équipes de gestion du district et de l'hôpital ont fait participer tous les employés de l'hôpital à ce processus. Leurs suggestions ont été prises en considération. Après une phase de test de 6 semaines, une commission du personnel qui s'est réunie régulièrement a pris des décisions concernant la mise en œuvre des normes et le redéploiement du personnel. Les autorités administratives du district ont avalisé les décisions de cette commission.
- A la fin de ce processus, la moitié des 100 membres du personnel de l'hôpital a été déployée sur d'autres services du district. Les descriptifs de postes adaptés et acceptés d'un commun accord ont constitué la base d'un nouveau système de suivi et de gestion de la qualité.

Ces activités ont été à l'origine d'une plus grande satisfaction professionnelle, d'une amélioration de la qualité des services et d'une augmentation des taux d'utilisation des services hospitaliers.

La spécificité de la gestion des ressources humaines est qu'elle concerne des êtres humains qui sont très différents des autres types de ressources. La gestion des ressources humaines consiste donc essentiellement à s'assurer qu'il y a « la bonne personne au bon endroit ». Elle doit par conséquent considérer les agents de santé en tant qu'individus et tenir compte de leurs problèmes et de leurs potentiels. Le cas suivant peut servir d'exemple.

La bonne personne au bon endroit

Le médecin Dr X. travaille dans l'hôpital de district où il est chef du service de pédiatrie. Il entend mal et ce handicap peut avoir contribué aux relations tendues qu'il a avec ses collègues. Par ailleurs, la qualité de son travail, en tant que pédiatre, laisse à désirer.

Lors d'une entrevue personnelle avec son MD (médecin-chef de district), il apparaît clairement qu'il n'avait pas choisi d'être médecin. S'il l'a fait, c'était uniquement pour faire plaisir à ses parents. Il parle de sa déficience auditive et déclare qu'il trouve que les relations avec ses collègues sont difficiles. Parmi les domaines qui l'intéressent, il cite l'informatique et le traitement de données.

A la suite de l'entrevue, le MD affecte le Dr X. au bureau médical de district et lui confie la tâche consistant à compiler les données des activités du district et à produire le rapport annuel sur la santé pour le district. Pour l'aider à mieux entendre, on lui fournit une prothèse auditive dont le financement est assuré par les fonds mis à disposition par un partenaire externe du projet.

Le Dr X assume ses nouvelles tâches avec détermination et à la fin de l'année, le district dispose (pour la première fois) d'un rapport complet, étayé par des données valables, sur tous les centres de santé et sur l'hôpital de district. Pour la première fois sans doute, le Dr X sent que son travail est apprécié et il devient un membre engagé et respecté de l'équipe-cadre du district.

7. Rémunération, motivation et sanctions

Il est reconnu que la rémunération constitue un autre problème crucial pour l'efficacité des soins dispensés. La faiblesse et l'irrégularité de la paye, ainsi que la pénurie de médicaments et d'autres moyens de traitement, sapent la motivation du personnel. Les services de santé qui n'ont pas les moyens de rémunérer le personnel de santé à un niveau correspondant au « prix du marché » des personnels de santé sont confrontés à des problèmes de faible productivité. Dans de nombreux pays, certaines pratiques individuelles et parallèles sont devenues monnaie courante (dessous-de-table, utilisation à titre personnel de médicaments, de consommables et d'équipements publics, absentéisme dû à la pratique d'activités privées, etc.). Le manque fréquent de récompenses et de sanctions en cas de bon ou de mauvais rendement ne fait qu'aggraver les choses. Il est souvent nécessaire

de prendre des mesures actives visant à rétablir le respect des principes de bonne pratique de prestation de services. Au nombre de ces mesures peuvent figurer (y compris la garantie de salaires de base raisonnables) l'attribution de récompenses et l'imposition de sanctions (pouvant aller jusqu'au renvoi) en cas de mauvais rendement et de mauvaise conduite.

Dans les districts sanitaires de la province de Mahajanga, à Madagascar ...

on a utilisé les revenus générés localement (cofinancement communautaire) pour accorder des primes de rendement aux agents de santé. L'attribution de ces primes était subordonnée à la volonté des agents de se conformer à un ensemble de critères de rendement, parmi lesquels :

- détermination d'heures d'ouverture du centre de santé ;
- interdiction de compter des frais supplémentaires ;
- participation aux comités de cogestion.

Ces conditions ont été fixées dans un contrat établi entre l'association des utilisateurs de la communauté et le service de santé.

Quant aux améliorations au niveau du district, les directeurs des services de santé dépendent en grande partie de l'engagement de l'Etat, c'est-à-dire du niveau central, pour les réformes de santé publique. Mais on constate quand même des améliorations au niveau du district. Certains services de santé de district ont bénéficié de projets visant à faire un usage plus systématique des outils de gestion des ressources humaines élaborés dans l'industrie et le secteur privé. Les descriptifs de tâches, les accords sur des objectifs de rendement passés avec chaque collaborateur, des mesures d'incitation positives telles que l'avancement rapide et l'accès à la formation complémentaire et aux primes sont des mesures de plus en plus souvent appliquées.

Certains auteurs ont suggéré de lier les salaires aux activités et au rendement. Même si ces propositions paraissent logiques, peu d'expériences allant dans ce sens ont été tentées dans les pays africains et celles qui ont été menées dans d'autres parties du monde montrent qu'elles peuvent avoir d'importants effets secondaires.

La rémunération liée au rendement...

...peut avoir des effets très controversés comme le montrent les exemples suivants :

- En Inde, dans les années 1970, le personnel de santé était payé en fonction du nombre de vasectomies et de ligatures des trompes effectuées. Cela a entraîné certaines pratiques coercitives à l'égard des utilisateurs des services de santé (dont certains ont été stérilisés contre leur volonté et sur la foi d'informations fausses). Le programme a été critiqué et finalement abandonné.
- Dans de nombreux pays industrialisés, les médecins libéraux étaient payés en fonction des activités et des actes posés. Cela a entraîné une augmentation considérable des actes, sans possibilité de contrôle. De nombreux pays ont aujourd'hui adopté une forme de rémunération par malade inscrit (capitation).

En tout état de cause, le principe de la rémunération liée aux activités doit venir en complément d'un revenu de base raisonnable et la formule retenue doit éviter toute forme d'encouragement aux diagnostics excessifs, aux prescriptions abusives et autres formes de surmédicalisation. Comparée à de nombreuses autres mesures, la rémunération basée sur l'activité doit être considérée comme un outil secondaire de gestion des ressources humaines.

8. Travail d'équipe et leadership

Depuis un certain temps déjà, on considère que le travail en équipe et l'amélioration des aptitudes à diriger une équipe constituent des moyens importants d'optimiser la motivation et le rendement. Il faut bien souligner que, malgré les conditions extrêmement difficiles dans lesquelles ils travaillent, de nombreux agents de santé, à tous les niveaux de la hiérarchie, font preuve d'engagement, effectuent un excellent travail et s'intéressent à toutes les nouvelles initiatives visant à améliorer la qualité des soins de santé.

Le processus de décentralisation offre une possibilité : le transfert de certaines responsabilités aux emplois périphériques et aux niveaux inférieurs renforce l'engagement des agents de santé.

Le leadership dans les services de santé...

...consiste à permettre aux équipes des établissements de santé de relever des défis et d'obtenir des résultats dans des conditions complexes et difficiles. A tous les niveaux, les cadres efficaces dans leur rôle de meneur appliquent huit principes dans leurs activités.

Leadership

- Contrôler l'environnement (voir ce qui se passe et ce qui a changé).
- Mobiliser l'intérêt et les ressources. (A quelles personnes faut-il faire attention ?)
- Cadrer et mobiliser d'autres personnes et d'autres ressources.
- Etre une source d'inspiration et de motivation pour les autres. (Engagement à atteindre de nouveaux objectifs.)

Gestion

- Planifier
- Organiser
- Mettre en œuvre
- Surveiller et évaluer

(Source : THE MANAGER (11/2002), Boston)

La reconnaissance du travail quotidien des équipes dans les établissements de soins, en particulier par les chefs, est un aspect positif du développement des ressources humaines.⁴³

Malgré de nombreuses différences culturelles, des principes de bonnes pratiques et des approches de bonne gestion sont presque universellement acceptés (mais pas respectés).

- Les bons résultats devraient être récompensés et les mauvais sanctionnés (cela vaut pour tous les niveaux hiérarchiques du service de santé).
- Le personnel de direction doit se montrer soucieux de la qualité et de la quantité des services fournis. Il doit être cohérent et harmoniser son comportement avec les normes qu'il entend faire respecter.⁴⁴

⁴³ L'encadré est un extrait de THE MANAGER (11/2002) « Exercising Direction to Make Decentralisation Work »

⁴⁴ Dans de nombreux pays, la gestion des ressources humaines est victime d'une culture du double langage selon laquelle, dans les discours officiels, on s'attend à des progrès impressionnants alors qu'en « privé », il est admis que rien ne sera fait (ou si peu).

- L'agent de santé doit être considéré en tant qu'individu. Il faut mettre l'accent sur son potentiel et ses capacités et non pas sur ses lacunes et ses faiblesses. Des entretiens personnelles à intervalles réguliers (par exemple tous les ans) peuvent contribuer à améliorer les relations.
- Des objectifs de rendement doivent être précisés pour l'équipe, mais également pour chaque membre du personnel (par exemple, meilleure utilisation du service, meilleure couverture et meilleure hygiène du lieu de travail). Les agents de santé doivent disposer du degré d'autonomie et de responsabilité dont ils ont besoin pour atteindre ces objectifs.
- Il faut encourager les équipes à se soumettre à des analyses critiques et à s'auto-évaluer. Cela pourrait être réalisé à travers un style de supervision adapté.
- Pour que les services de santé soient plus axés sur les usagers, il faut de plus en plus utiliser l'approche « client ».
- Les membres des équipes doivent se réunir régulièrement, comme doivent le faire les collaborateurs avec leurs supérieurs, pour se mettre d'accord sur des objectifs spécifiques, sur la façon de les atteindre, sur la manière de communiquer les uns avec les autres, de résoudre les conflits et de suivre les progrès réalisés par rapport aux objectifs fixés (cercles de qualité).

Le simple fait d'employer une méthode participative pour examiner de quelle façon on peut mettre ces principes en pratique peut, en lui-même, provoquer des changements positifs considérables au sein de l'institution.

Suivi des performances

Exemple au Ghana

A Nkongsamba District, au Ghana, un système de suivi des performances a été adopté. Le rendement de chaque salarié est individuellement contrôlé sur la base de descriptifs de postes détaillés. Les critères d'évaluation sont bien connus de tous. Des efforts particuliers sont consacrés à la transparence et à l'objectivité du système : tous les collègues / membres des équipes participent aux évaluations au même titre que les cadres. La synthèse est faite par le MD.

9. Stratégie et politique

Tout le monde sait que le développement des ressources humaines est hautement politique et que bon nombre des changements nécessaires doivent être décidés au niveau national. Certains changements dépassent même le cadre du secteur de la santé. Toutefois, en raison du processus de décentralisation, les districts voient leur domaine de compétence s'élargir de plus en plus. La tâche la plus difficile, pour un district donné, est sans doute de définir la latitude dont il dispose pour prendre les mesures nécessaires au changement, puis de concentrer ses maigres ressources sur des domaines où les changements peuvent se concrétiser au moindre coût.

Si on devait classer ces suggestions d'amélioration du développement des ressources humaines par ordre d'importance et d'efficacité, on obtiendrait la liste suivante (qui pourrait toutefois varier en fonction des valeurs spécifiques et des priorités d'une société ou d'une culture donnée) :

- Un cadre de référence devrait clairement promouvoir les bonnes performances et sanctionner les mauvaises (pourquoi s'en faire, si tout le monde est traité de la même façon?). Les mesures d'incitation choisies sont, en elles-mêmes, secondaires (encouragement verbal, augmentations de salaire, primes, prix, etc.). Ce qui compte, c'est la capacité à motiver. Le renvoi en cas de faute grave doit constituer une menace bien réelle.
- L'administration publique doit se soucier de manière crédible de l'efficacité des services publics. Elle doit activement s'opposer aux tentatives de son personnel de considérer que la fonction publique constitue une sorte d'institution de sécurité sociale pour ses agents.
- La bonne personne au bon endroit : les ressources humaines, ce sont avant tout des personnes qui doivent être traitées comme telles. On mobilise trop rarement la motivation intrinsèque et les capacités individuelles des membres du personnel.
- Enfin, l'avancement et la paye doivent, d'une certaine manière, dépendre des performances. A cet effet, il importe de définir des objectifs de rendement et de surveiller leur réalisation.

Mais ces mesures ne peuvent être efficaces que si les salaires des agents de santé sont alignés sur les « prix du marché » des

personnels de santé. Sinon, les agents risquent de se tourner vers la pratique privée ou vers d'autres secteurs ou d'autres pays, comme on peut le constater dans de nombreux systèmes de santé.

Sources d'informations complémentaires

- DSE (1995) Teach your best, Manuel d'enseignement en milieu universitaire plus général, Bonn
- DSE/Inwent (2003) Virtual Health Library (VHL) - Informations sur les cours et autres options de formation ; <http://www.dse.de/zg/learnbibl/index.htm>, Bonn
- Ferrinho, P., Van Lerberghe, W. (1999) Providing health care under adverse conditions, Health personnel performance & individual coping strategies, Anvers
- Gilbert, J.J. (1990) Guide pédagogique pour les personnels de santé ; Sixième Edition, OMS, publication offset No. 35, Genève
- Healthlink (anciennement AHRTAG) et le « Resource Centre » <http://www.healthlink.org.uk/resource.html>, UK
- « Human Resources for Health Development Journal » (2001) HRDJ (ISSN 8059-8037), revues scientifiques de haute qualité publiées en Thaïlande : <http://www.moph.go.th/ops/hrdj/>
- Instituts de médecine tropicale et de santé publique en Europe et dans les pays africains (2003) Un programme de coopération sur une base modulaire débouche également sur des MSP <http://www.troped.org/>
- Martineau, T., Martinez, J. (1997) Human resources in the health sector - Guidelines for appraisal and strategic development. Health and Development Series, Working Paper No. 1, Commission Européenne
- Medicus Mundi Switzerland (2003) Site donnant un bon aperçu des possibilités de formation <http://www.healthtraining.org/>
- OMS (2003) Site de développement des ressources humaines <http://www.who.int/hrh/en/>
- OMS (2003) Initiative de « Towards Unity for Health » et de l'ancien « Network of Community-Oriented Educational Institutions for Health Sciences » <http://www.network.unimaas.nl/>
- Pervilhac, C., Seidel, W. (Editos) (1996) Training for better district health management. Proceedings of the European Conference on

Tropical Medicine : Symposium on training and continuing education held in Hamburg, DSE Bonn

Popp, D., Schmidt-Ehry, B., Schweers, R., Wiskow, C. (2000) Human resources management in the health sector of African countries - potentials and limitations in the context of changing structures ; GTZ, Eschborn

Revue scientifique sur le même thème, publiée au site suivant : <http://www.human-resources-health.com/>

The Manager (2002) Exercising Direction to Make Decentralisation Work, Management Sciences for Health (MSH) Publications, Boston

6. Coûts et financement

par Friedeeger Stierle & Gérard Servais & Helmut Goergen

1. Contexte et concepts
2. Coûts et analyse des coûts
3. Qui paie ?
4. Financement
5. Paiement des prestataires
6. Gestion financière



L'introduction des frais de soins demande la participation des communautés (Tanzanie)

1. Contexte et concepts

Jusqu'à la fin des années 1970, les gouvernements de la plupart des Etats indépendants africains ont assuré la prestation des soins de santé et leur financement. D'une manière générale, le financement était prélevé sur les budgets nationaux et les soins de santé fournis par les services publics étaient gratuits pour tous les citoyens. Par contre, les patients ont toujours dû payer la plupart des soins curatifs assurés par les services de santé des églises et autres services privés sans but lucratif.

Dans les années 1970, de nombreux pays d'Afrique subsaharienne ont traversé une période de crise économique et d'ajustement structurel souvent aggravée par une gouvernance inadéquate. Dans certains cas, d'autres crises sociales et/ou troubles politiques ont suivi, si bien que tous les gouvernements n'ont pas eu la possibilité ou la volonté d'augmenter leurs dépenses dans le secteur de la santé, d'améliorer l'efficacité des dépenses ou l'équité des services. Les dépenses publiques dans les secteurs sociaux n'ont pas suivi le rythme de l'accroissement de la population et n'ont pas répondu correctement à l'augmentation des besoins de santé (VIH/SIDA, par exemple). Parallèlement, la qualité et la capacité à s'adapter de nombreux services de santé ont chuté. Comme la pauvreté n'a cessé de progresser et la situation économique de nombreux ménages de se détériorer, les soins sont devenus de moins en moins abordables pour un nombre croissant de personnes, surtout les plus pauvres.

Pendant les années 1980, l'idée de « partage des coûts » et de « financement communautaire » (« Initiative de Bamako », 1987) est apparue. De nombreux pays ont commencé à adopter le principe généralisé de paiements directs formels ou informels, imposé aux utilisateurs des services de santé publique (= participation aux frais). Toutefois, dans une large mesure, ces plans n'ont pas répondu aux attentes quant à la génération de ressources supplémentaires, à l'amélioration de la qualité des soins et à l'augmentation prévue de l'utilisation des services de santé. On a au contraire constaté, dans de nombreux cas, une chute spectaculaire et régulière de la fréquentation des services de santé.

En partie pour répondre à ces problèmes et à la suite de l'arrivée sur le marché du travail d'un nombre croissant de professionnels de la santé que le secteur public ne pouvait pas absorber, un secteur

Santé et (in)équité

- (In)équité en matière de santé
Différence d'opportunité pour différents groupes de population, entraînant une inégalité des chances, d'accès aux services de santé, à une alimentation nutritive, à un logement adéquat, etc. Peut entraîner des inégalités en matière de santé.
- Inégalité en matière de santé
Par opposition, différences, au niveau de la santé, pour différents groupes de population, selon leur situation socio-économique, la zone géographique, l'âge, le handicap, le sexe ou l'ethnie.
- Équité
Terme fréquemment utilisé, généralement improprement. L'équité est un concept éthique fondé sur le principe de justice (sociale) distributive. Malgré ce qui les rapproche, ne doit pas être confondu avec égalité (= statut égal).
- Équité en matière de santé
Diverses définitions existent. En termes opérationnels, rechercher l'équité signifie éliminer les disparités en matière de santé qui sont systématiquement associées à un désavantage social sous-jacent ou à une marginalisation – autrement dit, réduire l'inégalité des chances pour vivre en bonne santé. On considère généralement qu'il y a équité lorsque l'utilisation des services de santé est conforme aux besoins et lorsque les plans de financement sont basés sur la capacité de payer.

privé des soins de santé à but lucratif est né. Dans les zones urbaines, en particulier, ce secteur privé a connu une croissance rapide. Toutefois, il était souvent non réglementé, offrait fréquemment des soins de qualité médiocre mais facturés au prix fort. À l'opposé, pour les utilisateurs, le secteur privé sans but lucratif (surtout des organisations religieuses et caritatives) fournit depuis longtemps des services de qualité et constitue une alternative intéressante aux services publics.

Des approches et des moyens de mieux collaborer et coopérer entre les services de santé privés et publics sont de plus en plus souvent élaborés et testés. Le processus de décentralisation appliqué par de nombreux pays offre aux districts de santé de nouvelles possibilités de financement, de gestion et de prestation de services de santé adéquats.

Financement des soins de santé de district

Le financement des soins de santé de district vise à assurer la disponibilité de fonds suffisants pour tous les services de santé de district dont il est démontré qu'ils sont nécessaires, efficaces et économiques⁴⁵. Cela implique la définition d'objectifs de santé explicites pour le district. Les besoins de financement doivent être évalués conformément aux objectifs de santé convenus et des ressources appropriées doivent être trouvées et mobilisées. En outre, l'origine de ces ressources et les procédures spécifiques de paiement doivent être clairement précisées. Cela signifie qu'il est également nécessaire de se mettre d'accord sur l'objectif social (équité !) du système de financement de la santé de district.

Les questions qui se trouvent au cœur du financement des soins de santé sont donc les suivantes :

- Quels services doivent être fournis pour atteindre quels objectifs de santé ?
- Quel est leur coût ?
- Qui obtient quoi ?
- Qui paie ?

Le financement des soins de santé de district vise à libérer un maximum de potentiels locaux et inclut par conséquent tous les prestataires de services privés et publics (ainsi que les ressources) du district. Les districts pauvres, toutefois, peuvent ne pas être en mesure de subvenir à tous leurs besoins de soins de santé. Par conséquent, au concept de décentralisation doit s'ajouter le principe de « subsidiarité⁴⁶ ». Selon ce principe, les problèmes sociaux doivent être résolus au plus bas niveau possible et les autorités publiques (centrales) doivent intervenir lorsque les systèmes de soins privés, les communautés ou autres niveaux inférieurs de l'administration sont incapables de faire ce qu'il faut pour atteindre les objectifs sociaux communs ou pour résoudre les problèmes apparents. Comme dans la plupart des cas, les districts ne peuvent générer suffisamment de ressources financières pour assurer des services adéquats, le niveau national doit garantir un

⁴⁵ C'est-à-dire répondant à des considérations d'efficacité technique et de rentabilité à mettre en balance avec des considérations d'efficacité et d'équité d'affectation.

⁴⁶ La notion de subsidiarité, terme technique associé à la théorie sociale européenne, correspond à une notion de complémentarité.

Ressources, coûts, prix, tarif, dépense

■ Ressources

Ce sont des « facteurs » (ou moyens) de production tels que la terre, le travail, le capital. La combinaison de ces facteurs détermine s'il est possible d'atteindre un résultat optimal ou un niveau et une qualité prévus de production.

■ Coûts

Reflètent la valeur des ressources utilisées ou sacrifiées pour obtenir (produire) un certain bien ou un certain service.

■ Coûts de substitution

Reflètent la valeur du sacrifice consistant à renoncer à d'autres possibilités lorsque le choix est fait d'utiliser les ressources d'une manière particulière (le choix est exclusif par nature !). Autrement dit, ils reflètent la valeur de ce à quoi il faut renoncer pour obtenir quelque chose d'autre. Par exemple, pour mettre en place une équipe de vaccination itinérante de district, on peut être amené à renoncer à du personnel permanent dans les centres de santé.

■ Prix

C'est le taux de change obtenu pour un bien ou un service sur le « marché ». Le prix monétaire est (parfois) un bon indicateur des coûts de substitution. Un prix peut être égal (ou inférieur ou supérieur) au prix de production. Si le prix est supérieur au prix (de revient), on obtient un « excédent » qui correspond à un « bénéfice » dans le monde commercial.

■ Tarif

Prix fixé unilatéralement (ou liste de prix « administrée ») pour les produits et les services. Un tarif ne reflète pas nécessairement les coûts de production ou le prix du marché. La fixation de prix a pour objectif d'encourager ou de limiter l'utilisation de certains produits ou services.

■ Dépense

En fait, un terme comptable. Correspond à une somme d'argent utilisée à certaines fins (décaissement, déboursement d'un budget). Une dépense ne reflète pas nécessairement les prix ou les coûts.

financement approprié à tous les districts grâce à des subventions nationales ou à des mécanismes de répartition entre districts riches et districts pauvres. Des ressources financières de l'étranger peuvent compléter les sources de financement locales et nationales.

Généralement, la direction générale du district de santé (« l'autorité sanitaire de district », « l'équipe de gestion sanitaire de district »), soutenue par l'administration locale ou régionale de district concernée, est chargée de planifier, gérer, coordonner et évaluer le financement et la prestation des services. Le cadre juridique et les mécanismes d'application des règles sont généralement établis par des règlements administratifs, des décrets, etc. Les caractéristiques d'un tel système de financement sont les suivantes :

- *L'objectif* est de mobiliser les ressources nécessaires, de s'assurer de l'efficacité de leur utilisation et de garantir un accès équitable à des soins de santé de qualité pour la population dans le besoin. La charge financière est liée à la capacité de payer ;
- *les ressources* comprennent les apports de l'administration centrale, l'interfinancement avec les autres districts, les ressources locales générées par les communautés, les employeurs, les ménages et les utilisateurs, les dons privés, et d'autres ressources telles que l'aide extérieure. Les districts de santé doivent autant que possible mettre leurs ressources en commun et les utiliser aussi efficacement que possible ;
- *La gestion transparente des ressources* peut être assurée au niveau du district grâce à l'utilisation de méthodes de gestion modernes, y compris la planification et la budgétisation intégrées. Il est possible d'identifier les gains éventuels en efficacité et de faire un usage plus rationnel et plus approprié des ressources. Cela suppose également la participation active des citoyens, de la société civile et des sponsors.
- *L'efficacité du contrôle financier et comptable* et l'utilisation de méthodes participatives peuvent contribuer à garantir la bonne utilisation des ressources et entraîner une responsabilisation accrue des décideurs.

2. Coûts et analyse des coûts

Dans un système de santé de district, les coûts sont associés aux prestataires de soins de santé (les « producteurs ») d'une part, et aux utilisateurs (les « consommateurs ») d'autre part. Les premiers doivent couvrir les coûts du personnel, des locaux, de l'équipement, du matériel, des fournitures, etc. Les seconds doivent

non seulement supporter des coûts matériels tels que le transport, les médicaments, les honoraires, les taxes, la perte de temps et de revenu due à la maladie, mais également des coûts immatériels tels que la douleur et la détresse psychologique. Il est donc très important de préciser la démarche à suivre pour analyser les coûts.

L'expression « ça coûte tant » ne nous apprend pas grand-chose puisque nous ne savons pas qui doit supporter quels coûts ! S'agit-il des services de soins de santé, des autorités de district, de la communauté, du particulier, du ménage, de l'employeur ou de la société dans son ensemble ? Dans le secteur public, d'une manière générale, la démarche la plus courante consiste à prendre en considération l'ensemble des coûts supportés par la communauté ou la société et pas seulement les coûts supportés par un établissement donné de soins de santé ou par les services de santé de district dans leur ensemble.

L'encadré ci-dessus définit et explique certains termes importants parfois utilisés de manière confuse.

Pourquoi une analyse des coûts ?

Il y a diverses justifications à l'analyse des coûts. Premièrement, elle permet de comparer différentes solutions de production des services. Deuxièmement, l'établissement d'un budget approprié pour tout niveau et tout type de service n'est possible que si les coûts sont connus. Troisièmement, l'analyse des coûts sert au suivi, à l'évaluation et à la vérification des comptes.

La connaissance des coûts des services contribue à mieux faire prendre conscience de ces derniers au personnel et aux dirigeants des services de santé de district et constitue la base de la maîtrise des coûts. Il peut être utile de comparer l'évolution des coûts dans le temps (par exemple les coûts annuels d'une campagne de vaccination au niveau du district), de comparer les coûts de différents types de services (par exemple les coûts des vaccinations effectuées par des services itinérants par rapport à des centres fixes) ou d'analyser le rapport entre la taille et le coût des services (par exemple le coût de la vaccination dans des centres de santé de taille différente). Avant d'ajouter des services, de les intensifier, d'en supprimer, de les réduire ou de les sous-traiter, il est intéressant d'évaluer les implications d'une telle décision sur les coûts. Les informations sur les coûts peuvent être utiles pour améliorer la

productivité et la couverture des services et rationaliser l'utilisation des ressources disponibles. Dans ce contexte, il est important de souligner que rationaliser ne veut pas dire réduire les ressources mais garantir une utilisation optimale de ces dernières. Pour affecter des ressources de manière équitable, il est nécessaire de comparer les dépenses de soins de santé dans différents contextes et différents environnements (par exemple milieu rural par opposition à milieu urbain, couches pauvres de la société par opposition à couches riches). Les services de santé de district n'effectuent généralement pas d'analyses des rapports coûts-performances, coûts-utilité et coûts-rendements (comparaison des coûts et des effets/avantages de différentes interventions de santé) car ces types d'études nécessitent des connaissances spécifiques et des moyens considérables.

Catégories de coûts

Les coûts peuvent être classés ou catégorisés de différentes façons. La classification primaire la plus couramment utilisée est une classification par type de ressources ou de moyens de production, par exemple les coûts d'immobilisation et les frais de fonctionnement (voir plus bas). Les classifications secondaires possibles se font 1) par fonction ou activité, 2) par niveau administratif, 3) par source de financement, et 4) par monnaie (étrangère, locale). Quelle que soit la catégorisation utilisée, elle doit correspondre à la situation particulière et, surtout, elle doit être précise. Les classes ou les catégories de coûts doivent couvrir tous les coûts sans double comptage. Par exemple, une catégorie de coûts primaires (ou ligne budgétaire) « administration » inclurait les coûts des salaires, des locaux, de l'équipement et des fournitures. Si une autre catégorie de coûts primaires « personnel » est utilisée simultanément, le risque serait que les salaires soient comptés deux fois, ce qui se traduirait par des informations erronées sur les coûts.

Coûts directs et coûts indirects

Les coûts directs sont ceux qui sont « directement » liés à un traitement ou à un service de santé. Ils peuvent être supportés par les prestataires de soins de santé (frais de personnel, de locaux, de fournitures, etc.) ou par les patients et leur famille (paiements directs, honoraires, soins fournis par les membres de la famille, etc.).

Les coûts indirects sont ceux qui ne sont liés « qu'indirectement » à un épisode de maladie ou à un service de santé. Ils peuvent être supportés par les patients et leur famille, par exemple les coûts de transport, le temps de travail perdu, les coûts psychologiques (douleur, stress, crainte), ou par la société/la communauté dans son ensemble. Les coûts indirects supportés par la société ou la communauté incluent, par exemple, les coûts des mesures de sécurité au travail ou des mesures visant à réduire les accidents de la route. Les coûts (« financiers ») directs présentent un intérêt particulier pour la gestion et la budgétisation des services de santé. Les coûts indirects et les coûts directs sont pertinents dans le contexte de l'évaluation économique, par exemple pour les études de rentabilité qui utilisent le concept des coûts (« économiques ») de substitution.

Coûts fixes et coûts variables

Toute décision prise pour augmenter les capacités de soins de santé (par exemple la création de nouveaux centres de santé ou l'amélioration des centres de santé) a des répercussions en matière de ressources bien des années plus tard. Malheureusement, les décideurs ont souvent tendance à l'oublier ou à l'ignorer. Les coûts directement liés au niveau d'activité, par exemple au nombre d'unités de production (nombre de patients traités, par exemple) sont appelés coûts variables. Ces derniers comprennent notamment les coûts des médicaments, des aliments et des fournitures ou du matériel utilisé pendant les interventions chirurgicales. Les coûts variables peuvent évoluer très rapidement dans le temps.

Les coûts qui doivent être couverts indépendamment du nombre d'unités de production sont appelés coûts fixes ou, parfois, « frais généraux ». Les notes d'électricité, le salaire du personnel, les frais d'entretien, le remboursement des crédits, etc., doivent être couverts, que des patients utilisent ou non un établissement de district. Les coûts fixes varient peu dans le temps, sauf en cas de fermeture d'un centre de santé, de licenciement de personnel, de mise hors service de véhicules, etc. Toutefois, à long terme, tous les coûts sont variables.

Coût moyen et coût marginal

- Coût total (CT) = coûts fixes (CF) + coûts variables (CV)
- Coût moyen (CM) = coût total (CT) / unités d'activité
- Coût marginal (Cm) = changement du coût pour une unité de production en plus
- Exemple

Evolution du coût moyen et du coût marginal lorsqu'un programme de vaccination de district fait passer sa couverture (« production ») de 2.000 à 2.500 enfants.

Hypothèse : on n'a pas besoin de personnel supplémentaire, mais les enfants à vacciner en plus vivent dans des régions éloignées (= plus de kilomètres à parcourir pour l'équipe de vaccination).

Coût par mois	Situation actuelle 2 000 enfants	Situation future 2 500 enfants
Salaires	400 €	400 €
Coût du vaccin (0,05 € par dose)	100 €	125 €
Transport (0,8 € par km)	240 € (300km)	480 € (600km)
TOTAL	740 €	1 005 €
Coût moyen par enfant vacciné	0,37 €	0,4 €

Le coût moyen par enfant vacciné n'augmente que de 0,03 € (0,40 € - 0,37 €). Toutefois, pour chaque enfant vacciné en plus (500 enfants), le coût supplémentaire est de 0,53 € (coût marginal unitaire).

Calcul : $(1\ 005 - 740) \text{ €} / 500 = 0,53 \text{ €}$

Liens entre coûts et production

Il existe un lien complexe entre les moyens de production/ressources (temps de travail du personnel, médicaments, équipement) et le nombre d'unités de production (patients traités, enfants vaccinés, etc.). Ce dernier peut augmenter plus ou moins rapidement, ou au même rythme, que celui des moyens de production. Si la production est stable, le coût moyen par unité de production reste également stable dans le temps (par exemple le coût par journée d'hospitalisation dans un hôpital de district).

Toutefois, le niveau de production (nombre de journées d'hospitalisation) peut varier dans le temps. D'une manière générale, si la production augmente (à partir d'un faible niveau de productivité), le coût par unité produite diminue jusqu'à ce qu'un certain niveau de production soit atteint. Au-delà de ce niveau optimal de production (combinaison optimale des moyens de production), le coût de chaque unité de production supplémentaire peut à nouveau augmenter. Le coût de cette unité de production supplémentaire (par exemple, une vaccination supplémentaire) constitue ce qu'on appelle le coût marginal. C'est ce dernier, et non le coût moyen, qu'il faut prendre en considération en cas d'augmentation ou de réduction d'un certain niveau d'activité (par exemple le nombre d'enfants vaccinés, le nombre de lits d'hôpital).

L'encadré ci-dessus donne des informations sur ce lien.

Coûts d'immobilisation et frais de fonctionnement

La création ou l'extension de la capacité de production (construction d'un centre de santé, achat d'un équipement conséquent, formation de base du personnel, etc.) entraîne des coûts d'immobilisation ou frais d'investissement.

En termes de dépenses budgétaires, on utilise l'expression « budget de développement ». D'une manière générale, les coûts d'immobilisation concernent des biens dont l'espérance de vie est supérieure à un an et dont le prix d'achat est supérieur à une limite fixée (souvent équivalente à environ 100 \$ US ou, de plus en plus, 100 € (ou une somme du même ordre). Les frais de fonctionnement – parfois appelés frais d'exploitation – sont liés à l'utilisation ou l'exploitation quotidienne de cet investissement (par exemple, l'équipement médical). Ils couvrent les salaires, les fournitures, l'électricité, l'eau, l'entretien, la formation sur place et les postes de dépenses inférieurs à 100 \$ US.

En termes budgétaires, les frais de fonctionnement correspondent au « budget de fonctionnement », c'est-à-dire aux coûts obligatoirement supportés chaque année.

Les coûts variables et les frais de fonctionnement sont liés mais ne sont pas identiques !

L'amortissement ou l'annualisation des coûts d'immobilisation est une méthode d'étalement de ces coûts sur plusieurs années (en rapport avec la durée d'utilisation de l'équipement ou du bâtiment). Il existe diverses méthodes d'annualisation des coûts

Tableau 1 : Distinction entre coûts d'immobilisation et frais de fonctionnement (Stierle, Kaddar et al.)

	Frais de fonctionnement	Coûts d'immobilisation
Caractéristiques	Durée d'utilisation inférieure à un an	Durée d'utilisation supérieure à un an et coût supérieur à 100 \$ US ou €
Types de biens	Éléments nécessaires à la capacité de production, consommables	Éléments créant une capacité de production, gros équipement
Synonymes	Frais d'exploitation	Coûts d'investissement ou de développement
Exemples	Médicaments, salaires, consommables, électricité, téléphone, formation continue	Véhicules, locaux, équipement de radiologie, formation de base, etc.

d'investissement. La méthode la plus simple consiste à diviser le prix d'achat par la durée d'utilisation (probable ou officielle) pour obtenir un amortissement linéaire. La plupart des coûts d'immobilisation annualisés sont des coûts fixes.

Un type de coûts « oublié »

Cette catégorie de coûts inclut les coûts dits « *cachés* » ou « *additionnels* » qui n'ont pas été portés au budget et nécessitent d'être « *réaffectés* », autrement dit d'être intégrés dans les lignes budgétaires appropriées du système de santé de district. Les coûts cachés sont, par exemple, les coûts supportés par des sources extérieures au système financier (de district) donné, par exemple par des bailleurs de fonds ou des organismes de développement étrangers. Il s'agit souvent de frais de personnel correspondant à l'emploi d'experts expatriés ou d'auxiliaires bénévoles locaux. Mais le plus souvent, ces frais concernent les investissements (voitures, locaux, équipement) ou des fournitures coûteuses (par exemple les médicaments) fournis par des projets ou programmes bénéficiant d'un financement externe.

Les frais de personnel, d'équipement, de locaux ou autres, initialement supportés par une autre source de financement (par exemple par un programme national de vaccination ou par l'UNICEF), doivent être intégrés dans le système de santé de district (« *réaffectation* ») pour que l'on puisse ultérieurement en tenir compte dans les finances du district lorsque le financement externe

cessera. Ces frais sont considérés comme des coûts additionnels pour le système de santé de district existant et viennent s'ajouter aux frais de fonctionnement. Ils risquent par conséquent de mettre en danger la stabilité du financement par le district. De plus, ces frais additionnels ont souvent besoin d'être provisionnés en monnaies étrangères, si bien qu'il est encore plus difficile de les couvrir à longue échéance.

Calcul des coûts

Le calcul (ou chiffrage) des coûts est une opération simple, du moins dans le principe. En réalité, c'est une opération relativement complexe dans la mesure où on manque fréquemment de données précises par ailleurs difficiles à collecter.

Avant d'entreprendre un exercice de chiffrage des coûts, il faut répondre à quatre ensembles de *questions cruciales* :

1. Pourquoi ? Quel est l'objectif poursuivi ? Les informations sur les coûts seront-elles utilisées, et comment ?
2. Des coûts pour qui ? Du point de vue de qui ? Des patients ? Des services de santé de district ? Ou d'autres ?
3. Quelle est la méthode de calcul et d'analyse utilisée ?
4. Quelles sont les sources d'information utilisées/disponibles ?

Il ne faut pas perdre de vue que l'analyse des coûts a son propre coût. Cohérence et réalisme sont des éléments clés. Le chiffrage des coûts doit notamment prendre en considération les réponses aux questions suivantes : Tous les services de santé pertinents (unités, centres de soins de l'hôpital de district, etc.) ont-ils été identifiés ? Tous les détails des activités/du programme à analyser ont-ils été décrits ? A-t-il été démontré que toutes les ressources supplémentaires demandées sont effectivement nécessaires ? Les activités/le programme seront-ils financièrement viables, autrement dit, sont-ils efficaces et efficients ?

Enfin, les résultats des exercices de chiffrage des coûts nous disent *rarement* ce qu'il faut faire. Par contre, ils contiennent souvent des informations précieuses qui nous aident à nous poser les bonnes questions et à identifier les mesures à prendre pour améliorer les services.

Étapes du calcul des coûts

Lorsqu'on entreprend un chiffrage des coûts, il faut suivre les étapes suivantes :

- Toutes les ressources et tous les facteurs de production utilisés pour les services en question doivent être identifiés (différents types de personnel, équipements, locaux, transport, médicaments, fournitures, services publics, etc.).
- Le nombre d'unités de chaque type de facteur de production doit être évalué (heures travaillées par le personnel, kilomètres parcourus par véhicule, quantité d'eau utilisée, superficie des locaux, etc.). Une valeur monétaire doit être attribuée à chaque unité de facteur de production (\$ par salaire mensuel, \$ par kilomètre parcouru en moto, \$ par médicament utilisé pour chaque intervention chirurgicale, etc.).
- Le total doit être calculé pour tous les facteurs de production (coût total des médicaments, des salaires, du transport, de la formation continue et de la formation de base, coût annualisé des locaux utilisés, etc.).
- La ou les unités de production doivent être spécifiées par type d'activité (nombre de patients traités, de journées d'hospitalisation, d'accouchements, de prescriptions, d'examens radiologiques, etc.) ou par centre de coûts (salle d'hôpital, laboratoire du centre de santé, unité de gestion de district, etc.).
- Le coût total de chaque type de facteur de production doit être affecté à l'unité de production dans laquelle il a été utilisé (m² de la salle d'hôpital X, part du coût total des médicaments du centre de santé Y, pourcentage des heures de travail du personnel par type d'activité, etc.).
- Il faut utiliser une mesure de production pour calculer le coût moyen par unité produite (coût par accouchement, coût par jour-patient, coût par vaccination, etc.).

Problèmes rencontrés dans l'analyse des coûts

Le calcul des coûts est confronté à un large éventail de problèmes et de pièges conceptuels et méthodologiques pouvant compromettre la validité des résultats ou contrarier leur interprétation. Ils peuvent concerner la bonne identification des objectifs, la quantification des ressources et l'établissement de leur valeur, la mesure des résultats, la prise en considération des coûts

visibles et des coûts cachés et la question du point de vue selon lequel le calcul est effectué : les coûts pour qui ?

Autres problèmes méthodologiques :

- l'omission de coûts importants tels que les investissements de développement et d'équipement, la formation de base, les salaires du personnel en poste à l'étranger, les frais d'entretien, l'administration, le vol et les pertes ;
- la non-annualisation (le non-amortissement) des coûts d'immobilisation sur la durée d'utilisation ;
- l'absence de distinction claire entre coûts d'immobilisation et frais de fonctionnement ;
- les erreurs d'affectation de différentes activités à des centres de coûts/unités de service ;
- la non-réaffectation de ressources déjà disponibles et supplémentaires (coûts cachés) ;
- la non-application de facteurs d'actualisation et d'inflation aux coûts futurs ;
- l'application d'unités de mesure couvrant des coûts composites tels que les coûts « d'administration » et « d'examen », entraînant un risque de double comptage.

Tableau 2 : Exemples de durée d'utilisation de certains équipements (OMS)

Type d'équipement	Durée d'utilisation (en années)
Centre de santé	25
Véhicule automobile	10
Réfrigérateur	10
Boîte calorifugée	5
Machine à glace	5
Accumulateurs de réfrigération	5

Exemples de ce qu'il faut prendre en considération lors du calcul des coûts

Salaires : ce sont les salaires bruts qui doivent être pris en considération, autrement dit, les coûts salariaux doivent inclure les taxes et les cotisations sociales en vigueur, ainsi que les primes, les allocations et les avantages en nature (logement, soins gratuits, etc.).

Electricité et téléphone : ces coûts sont souvent oubliés dans le calcul, car il est fréquent qu'ils ne soient pas payés par la structure de santé elle-même (coûts cachés).

Coûts d'investissement : il est parfois difficile d'évaluer la valeur réelle des locaux ou des équipements (il faut utiliser le coût de « remplacement » pour annualiser les coûts d'immobilisation). Pour les locaux, la valeur doit être calculée sur la base du prix réel du mètre carré de locaux comparables (on peut généralement se procurer ces chiffres auprès du ministère des Travaux publics). Pour les équipements, il faut consulter la facture ou la nomenclature des prix du fabricant pour déterminer le prix de remplacement.

Affectation des coûts sur divers programmes ou services : lorsque des membres du personnel travaillent pour plusieurs programmes (par exemple pour le programme PEV et le programme TB), les salaires doivent être répartis entre les programmes respectifs, conformément au nombre d'heures travaillées pour chacun d'eux. Les coûts annualisés des équipements ou des véhicules peuvent également être répartis de cette façon. Pour les locaux, la partie utilisée pour chaque programme doit être incluse dans le calcul.

Exemples de coûts des services

Lorsqu'on prévoit des dépenses à moyen ou à long terme, il est indispensable de disposer de données fiables sur les coûts des établissements de santé dans un district de santé. Quels sont les coûts de l'hôpital de district, d'un centre de santé ou d'un dispensaire ? Voici quelques exemples. Toutefois, les coûts d'un établissement de santé varient énormément en fonction de sa taille,

Tableau 3 : Coûts de traitement de certaines maladies et de certains services ; Hôpital de district de Boromo, Burkina Faso, 1998 (1000 FCA = 1,3 \$ US)

Accouchement sans complications	8 069 FCFA
Césarienne	161 057 FCFA
Hernie, intervention chirurgicale sans complications	97 184 FCFA
Séjour hospitalier (pédiatrie)	22 234 FCFA
Séjour hospitalier (serv. médical)	48 452 FCFA

Tableau 4 : Coûts annuels moyens des établissements de santé en Tanzanie⁴⁷ (prix en \$ US, 1999) – 4 hôpitaux de district (entre 134 et 371 lits), 4 centres de santé et 4 dispensaires

	Hôpital	Centre de santé	Dispensaire
Frais de fonctionnement	330 800 (81 %)	27 000 (67 %)	9 100 (75 %)
Personnel	43 %	45 %	34 %
Médicaments, consommables	21 %	16 %	31 %
Frais divers	17 %	7 %	10 %
Coûts d'investissement	80 000 (19 %)	13 000 (33 %)	3 000 (25 %)
Infrastructure	16 %	30 %	22 %
Équipements	3 %	3 %	3 %
Total	410 800 (100 %)	40 900 (100 %)	12 100 (100 %)

du niveau de technologie, de sa dotation en personnel et du niveau des prix dans le pays concerné (tableau 3).

Il est possible de déterminer le coût de traitement de certaines maladies ou interventions spécifiques en effectuant un chiffrage précis par « centre de coût » (unité de service) et en analysant les unités de production appropriées (tableau 4).

Le même service peut être fourni moins cher dans un établissement offrant des soins de niveau inférieur. Cet exemple montre bien à quel point il est important de traiter les patients au niveau de service adéquat. D'importantes économies peuvent être réalisées sans pour autant compromettre la qualité des soins (tableau 5).

Tableau 5 : Coûts unitaires par niveau de soins/type d'établissement (Tanzanie, 1999, en \$ US)

Type d'activité	Hôpital de district	Centre de santé	Dispensaire
Consultation externe	4,86	0,82	0,83
Bilan prénatal	1,57	1,25	0,63
Accouchement	23,83	20,05	4,44
Vaccination complète d'un enfant	3,14	6,85	4,37
Traitement TB	16,31	24,29	7,60

⁴⁷ HERA (1999) Etude du financement des soins de santé en Tanzanie – Etude de chiffrage des coûts des services de santé, Dar es Salaam et Reet, Belgique

3. Qui paie ?

Un système de financement de district de santé doit, d'une part, tenir compte des coûts des services de santé et, d'autre part, de la capacité économique et financière des populations à desservir. Si les services de santé ne sont pas gratuits, le prix à payer doit être adapté à la situation économique et financière des particuliers, des ménages et des communautés du district. Sinon, les services ne seront pas financièrement accessibles à tous et excluront notamment les groupes marginalisés de la population tels que les pauvres et les défavorisés. Par conséquent, les responsables au niveau du district doivent avoir une idée précise de la situation économique et financière de la population, soit en analysant les données déjà disponibles, soit en effectuant des études pour obtenir les informations nécessaires.

Il est très difficile d'obtenir des informations précises sur *les revenus et biens monétaires et non monétaires* des particuliers et des ménages. Dans les zones rurales et les économies de subsistance, les revenus non monétaires sont prédominants (par exemple, terres, maison, élevage, récoltes et animaux domestiques). Dans ce cas, les revenus monétaires ou les réserves financières peuvent être rares ou inexistantes. De plus, la répartition des revenus et des biens varie souvent considérablement d'une région et d'un groupe de population à l'autre. Les enquêtes auprès des ménages peuvent fournir des informations utiles pour évaluer la situation réelle.

La part de richesse (ou produit intérieur brut, PIB) consacrée aux soins de santé varie considérablement d'un pays à l'autre. En général, les pays les plus pauvres dépensent moins pour la santé que les autres.

Dans un même pays, les personnes et les ménages les plus pauvres dépensent également moins (dépenses « privées ») que les autres. Dans la plupart des pays à revenus faibles et moyens, les dépenses privées consacrées aux soins de santé⁴⁸ sont largement supérieures aux dépenses publiques, même dans les pays où les soins sont officiellement gratuits (par exemple le Malawi).⁴⁹

⁴⁸ Dépenses publiques = dépenses contrôlées par l'Etat, par exemple l'assurance-maladie obligatoire.

⁴⁹ Malawi MOH (2001), Malawi National Health Accounts (NHA), Financial Year 1998/1999 – A Broader Perspective of the Malawian Health Sector, Lilongwe.

Pour quels types de soins de santé les gens dépensent-ils de l'argent ?

Dans la plupart des cas, il existe un large éventail de prestataires en dehors des services publics de soins de santé : guérisseurs, médecins libéraux, cliniques, hôpitaux et pharmacies privés, agents de santé publique donnant des soins publics, colporteurs de potions, charlatans, etc. L'automédication traditionnelle ou moderne est très répandue.

Selon le pays et la région, on estime que de 5 à 15 % de la population *n'ont pas les moyens de payer des soins de santé modernes*. Il faut toutefois faire une distinction entre incapacité permanente et incapacité temporaire de payer les soins de santé (par exemple en raison de revenus saisonniers liés à la vente des récoltes), et entre incapacité de payer et traitement différé. Un traitement différé signifie qu'en cas de maladie, il y a un manque d'argent pour payer le traitement immédiatement et que le traitement ne peut commencer qu'après la vente de biens ou un emprunt d'argent.

La conception d'un plan de financement doit tenir compte de ces réalités locales. Le meilleur moyen de trouver des solutions appropriées consiste à faire participer la communauté et les leaders locaux au processus.

La préférence pour tel ou tel mode de paiement varie en fonction du type et de l'importance du revenu du ménage. Il semble que plus les gens sont pauvres, moins ils sont disposés à adhérer à des formules de paiement intégrant des éléments de solidarité (par exemple, paiement forfaitaire par épisode, système de paiement par anticipation ou prime d'assurance-maladie). Les pauvres ont tendance à prendre plus de risques. Pour convaincre les gens des avantages que présentent les régimes de solidarité, il importe donc de leur fournir des informations appropriées et précises. Les modes de paiement doivent être adaptés à la situation locale. Par exemple, les systèmes de paiement par anticipation doivent tenir compte des périodes où l'argent est disponible. La participation, un système convaincant de prestations sociales, une gestion transparente et des services de qualité contribuent en grande partie à la réussite d'un régime de solidarité.

4. Financement

Fonctions diverses du financement des soins de santé et des comptes de santé

Le financement des soins de santé englobe plusieurs fonctions basées sur deux questions cruciales : quelle est la source initiale de financement et qui, en fin de compte, dépense (affecte) les ressources financières pour mettre en place des services ? Ainsi, la fonction du « financier » (qui fournit les ressources financières) doit être séparée de celle de « l'acheteur » (qui dépense les ressources pour la mise en place des services). La première fonction peut, par exemple, prendre la forme de taxes (collectées par l'Etat) ou de revenus provenant des ménages privés. La deuxième peut être assumée, par exemple, par le ministère de la Santé, les autorités sanitaires de district ou les sociétés d'assurance-maladie affectant des budgets ou des fonds aux prestataires, ou par des ménages privés payant directement les services. En outre, la fonction de l'acheteur doit être séparée de celle du prestataire de services médicaux et il existe diverses formes de rémunération de ce dernier. Enfin, la fonction consistant à administrer l'ensemble du système (« intendance », réglementation, contrôle, etc.) est, elle aussi, distincte.

Il est tout à fait possible que ces fonctions soient assumées par une seule et même entité (par exemple une administration publique de la santé) ou par différentes entités. Il peut alors s'agir d'entités privées ou publiques, à but lucratif ou sans but lucratif. Par exemple, un particulier peut payer une prime à une compagnie

Tableau 6 : Sources de financement et mécanismes d'affectation (adapté de Saltman, 1995)

Sources de financement	Mécanisme d'affectation	Prestations
■ Recettes fiscales	■ Budgets et salaires	■ Services de soins individuels
■ Primes d'assurance sociale	■ Contrats	– Hôpitaux,
■ Primes d'assurance privée	■ Remboursement	– médecins
■ Participation aux frais, paiement direct aux prestataires	■ Paiement direct (décision de l'utilisateur)	– Soins à domicile
		– Services spéciaux
		■ Services de santé publique

Tableau 7 : Sources de financement des services de santé et flux financiers, Malawi, 1998/99 (en millions Malawi-Kwacha; 1 million MK = environ 22.000 USD); MOF = Ministry of Finances, MOLG = Ministry of Local Government, MoHP = Ministry of Health and Population, MASM = Medical Aid Society of Malawi (assurance-maladie)

Source → Agent ↓	MoF	MoLG	Bailleurs	Employeur	Ménages	Total privés	%
MoF	76					76	1,5 %
MoHP	813		505			1 318	26,9 %
MoLG	5	125				130	2,7 %
Autres ministères	214					214	4,4 %
Bailleurs			955			955	19,5 %
Société MASM				58		58	1,2 %
Autres sociétés				869		869	17,8 %
Ménages					1 274	1 274	26,0 %
Total	1 108	125	1 460	927	1 274		
%	22,6 %	2,5 %	29,8 %	18,9 %	26,0 %		

d'assurance qui met en commun les nombreuses primes qu'elle perçoit pour acheter, au nom des assurés, des services auprès de certains hôpitaux et médecins utilisant des formules particulières de rémunération.

Le tableau ci-dessous présente les éléments de base du financement des soins de santé (de district).

Les « comptes de santé », qui peuvent être créés au niveau national ou à celui du district, mettent en évidence les différentes sources de financement et le flux des ressources. Ils montrent comment et où l'argent est dépensé. Le tableau ci-dessous donne un exemple des diverses sources de financement et des flux financiers au Malawi.

Dans les paragraphes qui suivent, nous allons examiner les sources de financement et certaines formes (mais pas toutes) d'affectation des fonds à la prestation de services.

Sources de financement

Les sources de financement des soins de santé sont, en fin de compte, les ménages. Fondamentalement, il existe trois possibilités

de ponctionner ces sources : 1) les recettes fiscales, 2) les paiements directs par les utilisateurs (honoraires), et 3) différentes formes d'assurance-maladie (primes dans le cas d'une assurance privée ou cotisations dans le cas de la sécurité sociale).

Tableau 8 : Aperçu des méthodes les plus importantes de génération de ressources financières dans les districts de santé

Sources publiques	Sources privées
<ul style="list-style-type: none"> ■ Contributions générales ■ Recettes fiscales affectées ■ Financement du déficit (emprunt) ■ Sécurité sociale ■ Loteries, paris ■ Aide au développement extérieure (bailleurs publics, banques de développement) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Financement communautaire et groupements d'entraide ■ Paiements directs, honoraires (utilisateur, ménage, famille) ■ Assurance privée ■ Assurance de l'employeur ■ Œuvres caritatives, ONG, dons

Dans les districts de santé des pays sub-sahariens, les principales sources de financement sont les contributions générales canalisées par le budget de l'Etat. Les impôts locaux, le paiement direct par les utilisateurs, les cotisations et les primes d'assurance, ainsi que les dons jouent un rôle nettement moins important. Dans les pays africains, l'aide externe au développement reste, dans bien des cas, une source importante de financement et peut représenter 20 % (ou plus) des dépenses totales de santé⁵⁰. Toutefois, les mécanismes de financement peuvent varier considérablement d'un district ou d'un pays à un autre. Comme nous l'avons indiqué plus haut, il est important de garder à l'esprit que de nombreux pays pauvres sont fortement dépendants du financement privé des soins de santé, financement essentiellement assuré par les particuliers et leurs familles. En outre, dans beaucoup de ces pays, la part des sources de financement privé continue d'augmenter.

Les comptes de santé de district sont des outils précieux de mise en évidence des différentes sources de financement, de clarification du flux des fonds au sein du district et de démonstration de « qui obtient quoi ».

⁵⁰ P.Shaw and C.Griffin (1995) Financing Health Care in Sub-Saharan Africa Through User Fees and Insurance, World Bank, Washington

Budgets publics

Les recettes publiques proviennent de diverses recettes fiscales (taxe à la valeur ajoutée - TVA, impôts sur le revenu, recettes des douanes, etc.). Contrairement à ce qui se dit souvent, le financement des soins de santé par les impôts n'est pas nécessairement plus équitable que les autres formes de financement. Tout dépend du niveau d'équité du système fiscal concerné. Dans le cas d'un système d'impôt sur le revenu *progressif*, les personnes plus riches versent une part relativement plus importante de leur revenu à l'Etat que les personnes plus pauvres. C'est le cas lorsque les recettes de l'Etat proviennent essentiellement de la fiscalité directe (impôts sur le revenu, par exemple) et lorsque les taux d'imposition appliqués aux revenus plus importants sont supérieurs à ceux qui le sont pour les faibles revenus. Dans de nombreux pays à faible revenu, toutefois, les impôts indirects (TVA, par exemple) constituent la principale source des recettes de l'Etat. Lorsque c'est le cas, le taux d'imposition appliqué est le même pour tous les citoyens (pour des produits de la vie quotidienne, le carburant, l'alimentation, etc.), si bien que les couches pauvres de la population paient en impôt indirect une part relativement plus importante de leur revenu que les personnes riches. On dit d'un tel système d'imposition qu'il est *dégressif*. On peut donc considérer qu'un système de financement des services de santé basé sur un système d'imposition dégressif est socialement injuste. Dans ce cas, les couches de population à faible revenu peuvent indirectement « subventionner » le séjour en hôpital des couches à revenu élevé puisque le taux d'imposition appliqué à ces dernières est comparativement inférieur à celui qui est appliqué aux couches pauvres. Ces deux groupes font pourtant un même usage des hôpitaux publics.

Un système de financement des services de santé basé sur la fiscalité est relativement facile et peu coûteux à administrer et il peut potentiellement promouvoir l'équité. Il est plus facile de financer des mesures préventives et de promouvoir la santé (vaccination des enfants, planification des naissances, préparation à l'autonomie fonctionnelle, campagnes antitabac, campagnes contre les vecteurs des maladies, sécurité routière et professionnelle) au moyen de budgets publics que par un financement privé.

Le financement des soins de santé par des budgets publics pose toutefois de nombreux problèmes :

- La « gratuité » des soins de santé financés par l'impôt reste un mythe compte tenu des paiements « parallèles », des dessous-de-table et d'autres coûts directs supportés par les patients. Les utilisateurs des services de santé n'exercent aucun contrôle direct sur ces budgets.
- Les recettes fiscales ne sont pas très stables et, dans le cas des pays de l'Afrique subsaharienne, elles ont même diminué. Les budgets sociaux sont souvent les premières cibles des compressions budgétaires en cas de crise économique et sociale. Les seules contributions de l'Etat sont généralement insuffisantes pour financer le système de santé.
- La gestion des budgets de l'Etat est rarement transparente ; la malversation et la corruption sont malheureusement très répandues. Les mauvais gestionnaires ont rarement à rendre compte de leur mauvaise gestion. De plus, les politiciens font également preuve de peu de responsabilité. Bénéficiant d'un accès quasi « direct » à l'argent des impôts par l'intermédiaire du Parlement, il leur est arrivé d'affecter des fonds réservés au secteur de la santé à d'autres secteurs n'ayant aucun lien avec la santé.
- Dans le cadre des budgets nationaux, les fonds affectés aux districts, notamment dans les régions éloignées et défavorisées, sont souvent insuffisants. Les principaux bénéficiaires du budget de l'Etat sont essentiellement les hôpitaux chargés d'assurer des soins sophistiqués du niveau tertiaire. Les grands perdants sont les établissements de soins de santé primaire.
- Dans de nombreux pays, il en va de même au niveau du district : les ressources réservées aux soins de santé peuvent être facilement détournées au profit d'autres secteurs si les réformes menant à la décentralisation ne prévoient pas l'application de règles strictes.

Paiement direct (participation aux frais)

La participation aux frais⁵¹ est un paiement direct officiellement imposé par le prestataire public à l'utilisateur pour les services de

⁵¹ Les paiements directs effectués par les utilisateurs sont souvent appelés « participations aux frais », ou – assez incorrectement et hypocritement – « recouvrement des coûts », « partage des coûts » et même « financement communautaire ».

Types et structure de la participation aux frais

- La participation aux frais peut être perçue
 - par journée d’hospitalisation
 - par consultation
 - à l’acte
 - par épisode de maladie
 - par type de maladie
 - pour les médicaments et les fournitures
- Structure
 - La participation aux frais peut correspondre au coût réel des services / fournitures : elle rend possible le recouvrement des coûts mais peut être complexe et coûteuse à gérer. Les patients ne sont pas informés des coûts avant le diagnostic ou le traitement.
 - Participation forfaitaire pour tous les traitements ou pour ceux qui correspondent à un diagnostic donné : avec cette méthode, la participation peut correspondre au coût relatif du traitement. Elle est plus simple à gérer et rend l’interfinancement possible. Le patient connaît le coût avant le diagnostic et le traitement (mais pas le prestataire).
 - Participation forfaitaire par épisode de maladie : cette méthode est similaire à la précédente. Elle encourage également la poursuite des soins, est relativement simple à gérer et rend l’interfinancement possible.

santé que ce dernier a reçus. Elle ne comprend pas les paiements non officiels ou les paiements effectués pour des services privés. Au cours des deux dernières décennies, le paiement direct par l'utilisateur a été présenté comme une solution partielle au sous-financement actuel.

Toutefois, l'adoption du principe de participation aux frais crée diverses formes d'incitation économique (perverse) pour les prestataires, mais aussi pour les utilisateurs (potentiels) des services :

Offre (services)

- La participation aux frais peut inciter le prestataire à « pousser à la consommation » de services ou de prescriptions (demande induite par le prestataire) lorsqu'il dépend de ce type de recettes.
- Si l'accent est mis sur la génération de recettes, les prestataires de services sont peu encouragés à appliquer des exonérations. En même temps, il y a peu d'intérêt à collecter la participation

aux frais si les recettes ne servent pas à améliorer le niveau des services (dans l'hôpital où la participation aux frais est collectée).

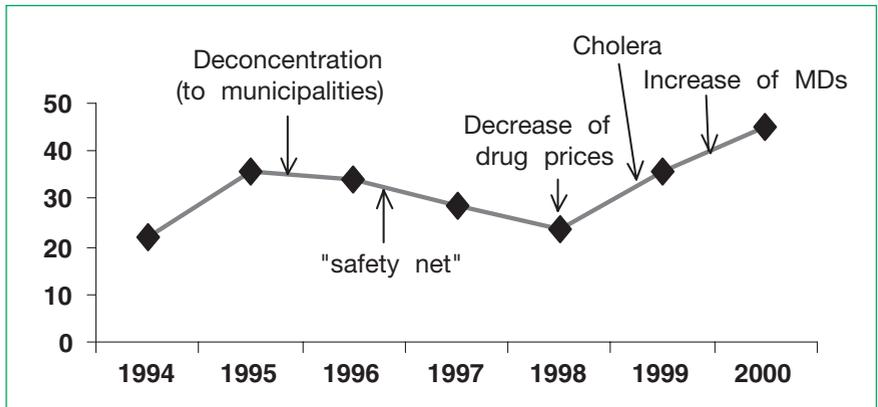
- Les frais de gestion peuvent être élevés par rapport aux recettes si la population de la circonscription hospitalière est pauvre (et si le niveau de la participation doit rester peu élevé).

Demande (utilisateurs)

- La participation aux frais peut entraîner une réduction de la demande de services de santé pour des raisons d'accessibilité financière. Cela est particulièrement vrai pour les groupes vulnérables et pour les couches les plus pauvres de la société. On peut considérer que cette formule n'est pas appropriée pour des services de base mais qu'elle peut mieux convenir pour la fourniture de médicaments et de services hospitaliers non essentiels.
- Les utilisateurs risquent de ne pas se faire soigner pour des problèmes de santé qu'ils perçoivent comme anodins, ce qui peut être à l'origine de retard de traitement ou d'interruption des soins et peut, en fin de compte, entraîner la nécessité d'un traitement plus coûteux ou une aggravation de l'état de santé.
- Enfin, les utilisateurs qui paient peuvent avoir tendance à abuser des services et des prestations sociales qui y sont liées («risque subjectif» du patient).

Il est de plus en plus évident que les tentatives de recouvrer une partie considérable des coûts par la participation aux frais ont échoué au niveau national et que l'utilisation des services a souvent diminué. Ainsi, en Afrique, les niveaux nationaux de recouvrement des coûts sont restés, en moyenne, à 5 % ou moins, en raison d'une combinaison de tarifs relativement bas, d'une faible capacité à payer, de taux d'exonération formels ou informels élevés (bénéficiant souvent aux non-pauvres aux dépens des pauvres), d'incompétences et de malversations. Aucun des plans de participation des utilisateurs à grande échelle ne s'est traduit par une amélioration de l'équité. On connaît des exemples documentés de chutes importantes et durables de fréquentation des établissements de santé. En outre, il est prouvé que le principe de participation aux frais ou l'augmentation des tarifs sont des facteurs limitatifs de l'accès aux soins. Cet état de faits empêche de répondre aux besoins importants de certains groupes en matière de soins de

Figure 1 : User rates, curative outpatient care, Mahajanga



santé (par exemple aux besoins des plus pauvres et de ceux qui sont atteints de maladies contagieuses, etc.). C'est pourquoi certains pays ont récemment entrepris de renoncer à la participation aux frais dans les services de santé de premier recours (le Kenya, par exemple). Le graphique 2 montre l'incidence de divers facteurs sur les taux d'utilisation des soins curatifs à Madagascar.

Néanmoins, l'adoption du principe de participation aux frais peut également avoir des effets bénéfiques (gains d'efficacité et d'utilisation des services). Il importe donc d'effectuer un examen différencié des effets de la participation aux frais et de mieux comprendre ses objectifs au niveau du pays, du district et même des établissements. Il est non seulement conseillé de bien étudier l'impact de la participation aux frais sur l'utilisation moyenne des services par l'ensemble de la population (taux d'utilisation, par exemple), mais également d'utiliser les méthodes de stratification pour différencier les effets de telles mesures sur divers groupes d'âges, sur les hommes et les femmes, sur la population en fonction des revenus, sur la population rurale et la population urbaine et sur différents groupes de morbidité (voir encadré).

De plus, l'incidence de la participation aux frais sur la *viabilité financière* (génération de recettes), l'*équité* et l'*efficacité* doit être examinée. Contrairement aux très faibles taux de recouvrement des coûts enregistrés au niveau national, il a occasionnellement été possible, grâce à la participation aux frais, de couvrir une part

considérable des frais de fonctionnement au niveau du centre de santé, malgré un surplus d'activités *administratives* ayant ses propres implications en matière de coûts (imputation, exonération, comptabilité).

L'inégalité *inter-régionale* est souvent exacerbée lorsque la participation aux frais se fait au niveau des services. Une étude des plans de participation aux frais dans les pays d'Afrique subsaharienne montre que les patients présentant les risques de santé les plus élevés et nécessitant les soins les plus importants sont ceux qui quittent le système les premiers.

Il est peu probable qu'on *abuse* des services gratuits dans les zones rurales où les coûts indirects sont élevés et où existe une économie de subsistance. Ce sont les couches les plus riches de la société, et celles qui sont en meilleure santé, qui ont le plus de chance d'en abuser.

Il est toutefois reconnu que la participation aux frais peut encourager une *utilisation plus efficace du système d'aiguillage* (adoption des « *by-pass fees* »).

Il n'est pas prouvé qu'il existe un lien positif entre la tarification et, par exemple, l'utilisation de services préventifs ou entre les recettes publiques et le ciblage efficace des pauvres quant aux soins et autres services préventifs.

Certaines *conditions* doivent être remplies pour que les effets positifs de la participation aux frais soient perçus :

- La participation aux frais doit être prélevée au niveau de l'établissement, mais les effets éventuels sur l'inégalité interrégionale doivent être suivis et, le cas échéant, atténués (mise en place de fonds de compensation visant à équilibrer les inégalités structurelles).
- Les recettes doivent servir à améliorer la qualité des services (accès financier aux services plus abordable) et les coûts indirects (déplacement, perte de temps) doivent être diminués.
- Il faut mettre en œuvre un système coordonné de tarifications, des mécanismes efficaces d'exonération et des prix différentiels.
- Il faut assurer l'efficacité des compétences et des procédures de gestion, la responsabilité et la participation de la communauté.
- Il faut décentraliser la responsabilité de la gestion et du budget.

D'une manière générale, la participation aux frais est maintenant reconnue comme instrument de la réforme de la politique de

Exemples d'incidence de la participation aux frais sur l'utilisation des services de santé

■ Différents groupes d'âges

Le Ghana a connu le recul le plus important dans le groupe d'âge des plus de 45 ans (sa part d'utilisation globale est passée de 27% à 17%). L'utilisation était plus forte dans le groupe des personnes économiquement actives, celles de 15 à 45 ans (part passant de 27% à 42%). Pour les enfants de moins de 5 ans, le recul a été peu important. Kenya (avec la politique d'exonération). On a constaté une augmentation chez les personnes de moins de 15 ans (de 30% à 43%) et une diminution (de 62% à 49%) chez celles de 16 à 44 ans. L'utilisation est restée constante dans le groupe des personnes de plus de 45 ans. Le Zaïre / Burkina Faso ont connu un recul dans le groupe des moins de 5 ans.

■ Groupes ruraux / urbains

Il est généralement admis que l'effet dissuasif de la participation aux frais est plus fort chez les pauvres vivant en milieu rural que dans les groupes urbains. Cela s'explique par les différences au niveau du revenu, de l'argent disponible et du coût élevé du transport. Au Ghana, l'utilisation a chuté de 50% après 1 an, puis est pratiquement repassée à 100% après 4 ans. En milieu rural, par contre, elle n'a jamais repris après le recul de 50% enregistré la première année. Niger / Cameroun : l'utilisation par les pauvres, les femmes et les enfants en milieu rural a augmenté. Cette utilisation accrue des services est due à une amélioration de la qualité des soins (prix relativement plus abordables des médicaments).

■ Différents groupes de morbidité

Swaziland : on a constaté un recul de l'utilisation des services pour les MST, les infections respiratoires, les maladies diarrhéiques et la vaccination des nourrissons, et une augmentation pour le **traitement du** mal de dos.

Kenya : peu de changement des courbes de morbidité ou dans la gravité des maladies. L'utilisation des services MCH a toutefois diminué de 30% en 1 an.

On craint généralement que ceux qui présentent les plus grands risques de mauvaise santé soient ceux pour lesquels la participation aux frais est la plus dissuasive et on craint également d'enregistrer une moindre utilisation des soins préventifs.

financement des services de santé. Sans d'autres réformes d'accompagnement, toutefois, «...la tarification des services, pour les utilisateurs des établissements publics, a peu de chances d'évoluer dans le sens de l'équité, de l'efficacité et de la satisfaction des clients» (Kutzin, 1995). Pour conclure, rappelons que l'amélioration de la qualité, la décentralisation et la capacité de gestion, différentes stratégies de financement, la responsabilité, la réceptivité aux besoins des clients, le soutien communautaire, la simplicité de gestion des barèmes et des mécanismes d'exonération, ainsi qu'un bon équilibre entre la génération de recettes et le principe d'équité, ont une importance cruciale pour la mise en œuvre efficace de la participation aux frais. Les retards et les ajournements sont à éviter. Comme dernier argument en faveur de la participation aux frais, on peut dire qu'à mesure que la rémunération des services entrera dans les mœurs, la population sera plus réceptive à l'idée de l'assurance-maladie (Shaw and Griffin, 1995).

Systèmes de paiement par anticipation

Avec les systèmes de paiement par anticipation, les utilisateurs paient une somme forfaitaire à intervalles réguliers, ce qui leur donne le droit de bénéficier d'un éventail de services pendant une période donnée. Autrement dit, certains soins de santé sont payés d'avance et la somme correspondante est débitée chaque fois qu'on utilise les services de santé. Dans certains cas, la période de validité est limitée et les utilisateurs doivent payer à nouveau pour chaque période (par exemple trois mois ou un an). Les systèmes de paiement par anticipation sont particulièrement intéressants lorsque la disponibilité d'argent est saisonnière, comme c'est le cas en zones rurales après les récoltes. Toutefois, ce type de mécanisme de financement des services de santé n'est pas répandu et est, en principe, peu propice au partage des risques financiers liés à la maladie (partage des coûts des traitements coûteux).

Traditionnellement, tous les pays africains appliquent une forme ou une autre de «comptes d'épargne santé» («tontines», etc.) permettant aux particuliers de mettre régulièrement de l'argent de côté et d'utiliser cette épargne pour couvrir leurs dépenses de santé. Toutefois, un particulier ne peut pas retirer plus qu'il n'a épargné et il est par conséquent possible que d'importantes

dépenses de santé ne soient pas couvertes. L'intérêt de telles formules pour les systèmes modernes de soins de santé est peu évident. D'un côté, il est intéressant d'associer des systèmes traditionnels et modernes, mais de l'autre on court le risque que le fonctionnement de ces systèmes traditionnels soit compromis par leur intégration dans l'administration des services publics.

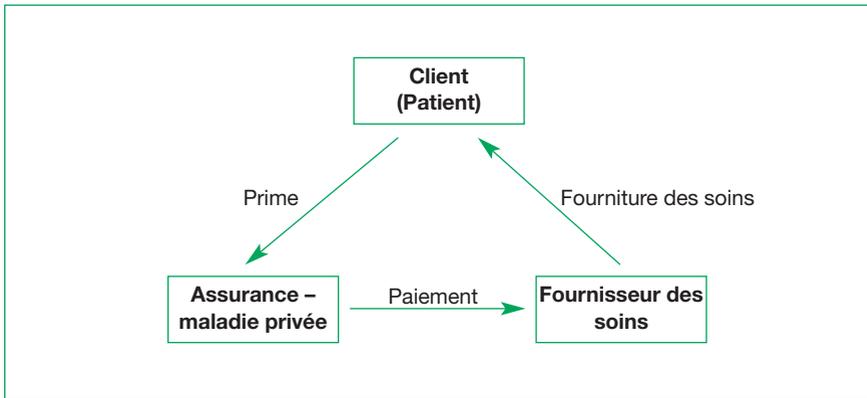
Assurance-maladie

Compte tenu des problèmes que connaissent les systèmes de participation aux frais, notamment leur tendance à exclure les patients qui n'ont pas les moyens de se faire soigner, les régimes d'assurance-maladie deviennent une solution intéressante. Les gens n'aiment pas prendre de risques : ils préfèrent payer régulièrement une petite somme leur donnant la garantie que d'éventuelles grosses dépenses seront couvertes (par exemple en cas de maladie grave). L'assurance-maladie consiste à mettre en commun les paiements effectués par un grand nombre de personnes de manière à recueillir des recettes supplémentaires permettant de financer les soins de santé et, par conséquent, de diminuer le risque financier de la maladie et d'améliorer l'accès aux services de santé. Les assureurs⁵² (organisations gérant la mise en commun des risques doivent couvrir leurs coûts administratifs et se constituer une réserve leur permettant de faire face à des dépenses imprévues de la part de leurs clients/membres (ou doivent eux-mêmes être membres d'un système de réassurance). La probabilité que l'assurance ait à supporter des coûts supérieurs aux coûts moyens diminue à mesure que le nombre d'assurés augmente. Par ailleurs, dans ce cas, certains coûts administratifs peuvent également diminuer. En conséquence, le montant des primes ou cotisations à payer par les clients ou les membres diminue à mesure que le nombre d'assurés augmente.

Les régimes obligatoires de *sécurité sociale* font payer des cotisations en fonction du revenu (solidarité) alors que les régimes volontaires d'*assurance privée* font généralement payer une prime en fonction du risque de santé présenté par l'assuré. Les assurances privées et/ou volontaires, mais également, dans une certaine

⁵² Les dispositions de l'assurance-maladie utilisent le principe du tiers payant (première partie : l'assuré, deuxième partie : le prestataire, tierce partie : l'assureur).

Figure 2 : Système de « paiement à trois » (assurance-maladie)



mesure, la sécurité sociale, posent un certain nombre de problèmes :

- Une mauvaise sélection (autrement dit, le fait que seules ou un trop grand nombre de personnes présentant un risque de santé élevé adhèrent au régime) peut compromettre la viabilité financière du régime.
- Le risque subjectif (autrement dit, le fait que les membres aient recours aux services plus souvent que nécessaire) peut augmenter les coûts du régime sous l'effet d'un gaspillage des ressources.
- La demande induite par les prestataires (autrement dit, le fait qu'ils peuvent augmenter le nombre des services fournis dans le cas d'une rémunération à l'acte) risque également d'augmenter les coûts.

En principe, il existe deux méthodes permettant de déterminer le montant des primes ou des cotisations versées aux régimes volontaires (régimes privés à but lucratif ou sans but lucratif).

Tarifification sans distinction : les coûts du régime sont divisés par le nombre d'assurés. La cotisation payée est la même pour tous les assurés.

Formule : prestations versées + coûts administratifs + réserve + excédent/nombre d'assurés. Comme certains assurés peuvent dissimuler des informations à leur assurance quant à leur état de

santé, cette méthode de calcul peut entraîner une mauvaise sélection des risques. Les personnes dont l'état de santé est le moins bon (et présentant par conséquent un risque plus élevé) ont plus de chances de s'assurer que des personnes en meilleure santé.

Tarifification au risque ou tarification personnalisée: le montant de la prime est calculé pour chaque assuré. Il existe pour cela différentes méthodes :

- tarification sans distinction modifiée (primes différentes selon les groupes d'âges),
- tarification progressive (primes en fonction de l'état de santé),
- primes tenant compte d'autres facteurs de risque, la profession par exemple.

La tarification au risque ou la tarification personnalisée réduit le problème de sélection des mauvais risques mais peut exclure les personnes ayant un besoin important de services de santé mais n'ayant pas les moyens de payer de fortes primes d'assurance.

Sécurité sociale

Après leur accession à l'indépendance, la plupart des pays d'Afrique subsaharienne ont adopté le système de sécurité sociale pour tous les travailleurs et salariés ayant un emploi officiel. Comme le montant des cotisations aux régimes obligatoires peut être fixé en fonction du revenu de chacun, c'est-à-dire en fonction de la « capacité à payer » et comme les assureurs peuvent offrir des services en fonction des besoins et non pas de la volonté de chacun (comme c'est le cas pour les assurances privées volontaires), le problème de mauvaise sélection n'existe pas. Si, pour plusieurs raisons, le système de sécurité sociale n'a pas très bien fonctionné dans de nombreux pays, et notamment parce qu'il est difficile de couvrir les travailleurs du secteur informel, un certain nombre d'initiatives visant à relancer ces régimes sont en cours (par exemple au Kenya et au Ghana). Ces initiatives s'expliquent par :

- le besoin de fonds supplémentaires,
- la volonté de mieux protéger la population,
- le fait que les fonds réservés à la sécurité sociale ne dépendent pas de décisions politiques, le partage clair des rôles entre acheteur et prestataire (liens contractuels, équilibre des forces),

- le fait que les prestataires peuvent être mieux rémunérés (motivation),
- le fait que le niveau de contrôle direct exercé par le ministère de la Santé/les services locaux de santé est réduit.

L'adoption du système de sécurité sociale suppose toutefois qu'un certain nombre de conditions soient remplies :

- existence d'un secteur formel du travail (salaires et traitements),
- existence d'un système fiscal efficace permettant de calculer le niveau approprié des cotisations,
- capacité de l'Etat à agir comme organe efficace de réglementation et de supervision,
- existence d'un cadre juridique adéquat régulièrement actualisé,
- existence d'institutions publiques veillant à ce qu'un système (éventuellement) géré par le privé poursuive bien des objectifs sociaux communs,
- décentralisation et contrôle démocratique.

Assurance-maladie privée

Comme nous l'avons indiqué plus haut, les primes des régimes d'assurance maladie privés calculées en fonction du risque ont tendance à être plus élevées pour les personnes à haut risque et peuvent de ce fait limiter l'accès à ces régimes pour des raisons financières ou de santé. L'assurance-maladie privée à but lucratif semble bien convenir pour les services complémentaires, par exemple pour couvrir le coût supplémentaire de conditions spéciales d'hospitalisation ou pour accélérer l'admission. Elle peut toutefois entraîner des attentes excessives de la part des clients et une augmentation du coût des services. Une réglementation rigoureuse est nécessaire en ce qui concerne la protection des consommateurs, la gestion financière, et l'entrée des compagnies d'assurance sur le marché ainsi que leur retrait. Toutefois, ces règlements doivent également s'appliquer aux régimes publics et à ceux des ONG. Une solution pourrait consister à étudier la possibilité d'avoir recours à des organismes privés pour proposer une assurance financée par le public.

Assurance communautaire volontaire

On a récemment constaté un intérêt croissant pour cette forme d'assurance-maladie dans le monde entier, en particulier dans les

zones rurales (comme système de financement complémentaire). Les nombreux régimes existants ont en commun les caractéristiques suivantes :

- Certains services pour lesquels les utilisateurs devraient normalement payer sont couverts.
- Les services sont faciles à évaluer pour les patients et présentent un intérêt important pour eux (médicaments, par exemple).
- Les cartes de membres sont vendues à prix fixe (tarification sans distinction).
- L'argent va surtout aux prestataires locaux.
- Les services sont fournis par des prestataires locaux (premier niveau de soins) ; parfois, des prestataires de soins secondaires/ tertiaires sont inclus dans le forfait assurance.
- Malgré tout, les recettes couvrent rarement la totalité du coût des services.

L'expérience montre qu'il est difficile, et parfois impossible, de trouver le bon équilibre entre la volonté d'encourager les gens à s'assurer et le risque de faillite du régime. Les prestations doivent être limitées tout en restant attrayantes et claires pour tout le monde. Les régimes locaux sont plus efficaces que les régimes nationaux, mais ils sont difficilement reproductibles. Toutefois, dans le cas des régimes locaux, les capacités de gestion peuvent être limitées. Il faut faire accepter les régimes, ce qui n'est pas facile pour les receveurs des impôts. Il faut fixer des règles pour éviter que les gens attendent d'être malades pour souscrire une assurance (par exemple, imposition d'un délai d'un mois, d'un an pour une grossesse). Dans certains cas, les recettes peuvent être très limitées, ce qui pose la question des subventions à accorder éventuellement à ces régimes (par qui ?).

Dans certains pays (par exemple en Ouganda, au Kenya et en Tanzanie avec les « Community Health Funds »), on a estimé qu'il faudrait que plus de 60 % de la population participe pour couvrir les coûts du système. A ce jour, toutefois, les résultats obtenus sont très inférieurs à ce niveau⁵³. Les principaux problèmes tiennent à

⁵³ En Tanzanie, l'expérience vécue dans certains districts a montré que malgré le niveau élevé des subventions d'une organisation externe (Banque mondiale), le taux de participation est resté inférieur à 30 % et n'a souvent pas dépassé 6 à 15 %.

l'utilisation non transparente des fonds accumulés et à la non-amélioration de la qualité des soins.

La GTZ a publié une bonne étude des expériences faites avec ce qu'on appelle les mutuelles de santé (Mutual Health Organizations) en Afrique occidentale⁵⁴.

Aide extérieure

Dans de nombreux pays africains, l'aide extérieure représente de 20 à 50 % du total des dépenses de santé (par exemple, Malawi 29 %, Tanzanie 51 %). Jusqu'à maintenant, l'aide extérieure a plus particulièrement été axée sur les dépenses d'investissement et sur les activités de renforcement des capacités. Mais ces dernières années, les bailleurs de fonds ont de plus en plus été enclins à financer les dépenses renouvelables. La plupart des programmes verticaux à grande échelle (EPI, TB, VIH/SIDA, FP, par exemple) sont presque entièrement financés par des bailleurs de fonds internationaux. Selon les prévisions économiques, il semble inévitable que cette aide se poursuive à long terme, bien que, probablement, à un moindre niveau.

Ces dernières années, les bailleurs internationaux ont adopté de nouvelles approches stratégiques telles que le financement commun (« *basket* »)⁵⁵ et le soutien budgétaire⁵⁶, souvent intégrées dans les approches sectorielles (AS). L'approche sectorielle globale vise à coordonner tous les bailleurs de fonds sur la base d'un plan national de développement de la santé. Ces méthodes plus coordonnées de financement peuvent être envisagées lorsque des conditions suffisamment favorables existent (bonne gestion financière, efficacité d'affectation, transparence, audits et responsabilité).

⁵⁴ Huber, G., Hohmann, J., Reinhard, K. 2003. Mutual Health Organizations (MHO) – Five Years Experience in West Africa. Concerns, Controversies and Proposed Solutions. Eschborn : Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH

⁵⁵ Le financement commun concerne les programmes convenus d'un commun accord pour lesquels les bailleurs transfèrent des fonds directement ou par l'intermédiaire du ministère des Finances (MoF) aux ministères concernés, par exemple dans le secteur de la santé, pour des activités et des résultats intermédiaires communs.

⁵⁶ Le soutien budgétaire consiste à transférer directement les contributions financières des bailleurs au ministère des Finances pour financer le budget public ou le ministère de la Santé (uniquement pour le secteur de la santé), sans autres directives de la part des bailleurs.

5. Paiement des prestataires

Le mode de paiement des prestataires de soins de santé peut encourager ces derniers à modifier leur comportement. Il peut favoriser ou contrarier l'amélioration de l'efficacité, de l'équité et de la satisfaction des consommateurs. Les mécanismes de paiement des prestataires concernent uniquement le paiement public et par une tierce partie (par exemple, les compagnies d'assurance) mais ne couvrent pas les paiements directs des patients aux prestataires.

Il n'existe pas de mécanisme unique optimal de paiement des prestataires. L'existence d'une forme de décentralisation, un certain degré d'autonomie des divers acteurs et une gestion compétente sont autant de conditions préalables au bon fonctionnement de ces dispositions de paiement. Des formes mixtes de paiement des prestataires semblent préférables à une méthode unique de paiement.



La fixation des prix et l'achat des médicaments ont besoin de transparence (Tanzanie)

Il existe deux grands types de formes de paiement :

1. Paiements prospectifs, par exemple les budgets : les paiements sont effectués ou les fonds sont engagés avant les prestations de service.
2. Paiements rétroactifs, par exemple la rémunération par cas : les paiements sont effectués après les prestations de services.

Paiements prospectifs

Budgétisation par poste

C'est la solution généralement utilisée par les administrations publiques et par une bonne partie des systèmes de santé centralisés et des systèmes de santé de district. Les règles budgétaires interdisent aux gestionnaires publics de faire passer des fonds d'un poste à un autre (catégories telles que les salaires, l'équipement, le transport, etc.) et ces derniers n'ont que peu de responsabilité directe sur les performances. La budgétisation par poste a pour premier objectif de contrôler les dépenses même si on constate généralement un déficit considérable d'efficacité. L'existence de fonds non dépensés à la fin de l'année, par exemple, est généralement interprétée comme une indication d'affectation excessive et non pas comme une utilisation efficace des fonds. Les opérationnels sont donc incités à dépenser leurs fonds rapidement, sans souci d'efficacité. Les prestataires sont généralement rémunérés sur une base salariale avec de faibles niveaux de primes, et la productivité est faible. Néanmoins, le manque de capacité de gestion dans de nombreux pays ou districts peut être une bonne raison d'adopter la budgétisation par poste.

Budgets globaux

Il s'agit de paiements globaux fixés à l'avance destinés à couvrir les dépenses pendant une période donnée lorsque les institutions, par exemple les hôpitaux ou certains services hospitaliers, disposent d'une grande latitude pour utiliser les fonds affectés. En cas de besoin, les responsables de la gestion budgétaire sont libres de réaffecter les dépenses à différents postes pour une gestion efficace. Toutefois, une fois le budget fixé, il est généralement difficile de le modifier pendant la période budgétaire. Les réformes utilisant les budgets globaux (par exemple les hôpitaux de district autonomes) ont tendance à autoriser une plus grande souplesse aux

responsables tout en les tenant responsables de l'efficacité de gestion. Ils doivent avoir la maîtrise du personnel, ont besoin d'informations fiables sur les coûts et doivent être libérés d'inutiles charges de réglementation. Des *contrats formels* (ce qu'on appelle *l'approche contractuelle* dans les systèmes de santé de district) peuvent être utilisés pour fixer les objectifs, les niveaux de performance des prestataires et les niveaux de qualité. Cela veut dire que, dans la mesure où les informations nécessaires sont disponibles, les mesures d'efficacité, d'équité ou de production (par exemple les taux de couverture) peuvent servir de critères à la détermination du budget. Les budgets globaux peuvent également être basés sur la taille et la répartition de la population, sur les prévisions de diversité des cas et d'utilisation des services, à défaut, sur le poids économique d'un district ou d'un sous-district.

Avantages: à court terme, c'est-à-dire sur une période budgétaire, le budget global permet de maîtriser les coûts et d'améliorer l'efficacité. A long terme, toutefois, des budgets ajustés doivent tenir compte de la charge de services et donc être basés, implicitement ou explicitement, sur des unités de service, des nombres de cas ou la rémunération forfaitaire par personne (voir plus loin).

Comparativement aux autres formes de paiement des prestataires, les *coûts administratifs* du budget global ont tendance à être peu élevés mais dépendent en grande partie de la complexité de la formule d'affectation. Malheureusement, les formules d'affectation les moins coûteuses encouragent l'escalade des coûts (par exemple l'augmentation inutile du nombre de lits).

Conditions liées à l'efficacité et à l'inefficacité du système: les travailleurs du secteur public peuvent ne pas être d'accord avec la budgétisation globale car cette dernière s'accompagne souvent d'une gestion plus stricte du personnel au niveau de l'établissement (« embauche et licenciement »). Le faible niveau de la capacité de gestion dans le district et les difficultés liées à la maîtrise de la qualité sont d'autres obstacles possibles. La révision et l'ajustement des budgets exigent l'application de procédures administratives fermes et transparentes. La budgétisation globale peut être une mesure provisoire utile menant de la budgétisation par poste traditionnelle à l'adoption de la rémunération forfaitaire par personne ou à la rémunération par cas (voir plus loin).

**HOSPITALI YA WILAYA HANDENI
UCHANGIAJI HUDUMA ZA AFYA**

AINA YA DAWA	BEI	MENGINEYO
1. DAWA ZA KANJOLA Kama: ASFRIN PARAFETAMOL CHLODAMPHENICOL TABAS PRITON etc KWA DOZI MOJA	100.00	
2. ANTIBIOTICS - ZA KIJUWA Kama: AMOXICILLIN CAPS CHLODAMPHENICOL CAPS ERYTHROMICIN PEN V KWA DOZI MOJA	500.00	
3. SINDANO: (a) ANTI-BIOTIC KWA MASAA 24 (UCHIRINI NA NYE)	500.00	GENAMTEIN INJ SH 300 KWA KICHUFA
(b) ANTI-BIOTIC KICHUFA KIMOJA	250.00	
(c) MAJI YA KICHEMANTYA Dawa	100.00	
(d) SINDANO NTINGINZO: KILA MOJA - Kama: DIAZEPAM nk QUININE INJ MOJA KICHUFA KIDOGO	150.00	
4. DAWA NTINGINZO ZA: ME TAKELIFIN FANSODAE QUININE TAB TAGAMET DIDLOFENAC INDOCID nk KWA DOZI MOJA	500.00 300.00	
5. P:OB MOJA	600.00	
RANJAGE MOJA	100.00	
DRIP MOJA 1/1	250.00	
DRIP MOJA 1/1	500.00	
I.V. SET MOJA	400.00	
SCALD SET MOJA	300.00	
SYRINGE MOJA	100.00	
CHUFA YA DAMU MOJA TUPU	1000.00	
HEJIRA YA DAMU	300.00	
6. CREAMS/PESSARIES/OINT MOJA nk DAWA ZA MACHO MOJA	500.00 200.00	
7. SYRUP ZA WATOTO KILA CHUFA	500.00	
8. UPASUAJI MDOGO	1000.00	
9. UPASUAJI MKUUBWA	1000.00	

KARIBUNI

**NB: HAKIKISHA UNAPATA RISITI YAKO KABLA YA
KUONDOKA**

UTAWALA

Exemple d'un tableau affichant les prix des médicaments pour le public (Tanzanie)

Rémunération forfaitaire par personne (capitation)

Dans le cadre d'un régime de rémunération par capitation, les prestataires perçoivent périodiquement une somme fixe par personne pour financer un ensemble défini de services. Les prestataires assujettis à ce système assurent le « risque (financier) » de ces services et sont, en ce sens, des assureurs. Les autorités de

financement des services de santé peuvent prévoir et maîtriser plus facilement les coûts des services de santé. La rémunération forfaitaire par personne peut servir à définir les budgets globaux.

Avantages : la rémunération forfaitaire par personne encourage les prestataires à réduire les coûts et, donc, à améliorer l'efficacité. Elle peut cependant aussi les encourager à choisir des clients à faible risque ou à limiter le nombre et la qualité des services fournis.

Coûts administratifs : les dépositaires de fonds sont soumis à des exigences administratives considérables (suivi des prestataires, négociation des contrats, fixation des taux de rémunération forfaitaire par personne, gestion des plans de répartition des risques, etc.). Toutefois, ces coûts sont potentiellement inférieurs à ceux du remboursement rétroactif car il n'y a pas de revendications à traiter.

Conditions liées à l'efficacité et à l'inefficacité du système : une gestion compétente est indispensable à l'efficacité d'un système de rémunération forfaitaire par personne. Ce système est à adopter avec précaution dans les pays où la capacité de gestion est limitée, éventuellement sous forme de projet pilote.

Remboursement rétroactif

Rémunération à l'acte

La rémunération à l'acte est la méthode de paiement *rétroactif* la plus courante, aussi bien dans les pays développés que dans les pays en développement.

Avantages : lorsqu'il est libre et non réglementé, le système de rémunération à l'acte encourage une utilisation excessive des services. Cela tient au fait que les patients s'en remettent aux prestataires pour avoir des informations sur leurs besoins de services et que les prestataires ont tout intérêt à multiplier ces derniers (« demande induite par le prestataire »). Apparemment, il ne suffit pas de maîtriser le niveau des honoraires pour empêcher l'escalade des dépenses. Bien au contraire, la rémunération à l'acte a même été associée à l'utilisation de services inutiles et potentiellement dangereux⁵⁷.

Les *coûts administratifs* sont élevés. La tenue détaillée des documents, la facturation, la vérification comptable, etc., nécessi-

⁵⁷ C'est au Brésil que le taux de césariennes (31 % des accouchements pratiqués en hôpital) a été le plus élevé en 1981. Cela était dû aux intérêts financiers des médecins.

tent des structures et des systèmes élaborés de gestion de l'information.

Conditions liées à l'efficacité et à l'inefficacité du système : la rémunération à l'acte accroît la productivité des systèmes de santé mais conduit rapidement à une escalade des coûts. Il est peu probable qu'à elle seule, la participation aux coûts compense pleinement les augmentations de volume induites par les prestataires.

Rémunération par cas

Dans le cadre d'un système de rémunération par cas, les prestataires perçoivent une somme déterminée d'avance couvrant tous les services fournis par cas (distinct) ou par épisode de maladie. Cela les encourage fortement à fournir des services de santé plus efficaces. La complexité des systèmes de rémunération par cas varie considérablement avec le nombre des catégories de cas. Le cas le plus simple peut être l'admission d'un malade ou une journée de traitement hospitalier. Certains régimes n'ont que 16 catégories de soins hospitaliers (district de Bwamanda, 1989, Zaïre) alors que d'autres, avec plus de 600 catégories (groupes de diagnostics, Allemagne, 2002), sont plus complexes.

Avantages : la rémunération par cas incite vivement à *contenir les coûts par cas*. Elle peut toutefois encourager les prestataires à attirer et accepter des patients « à faible coût ». Elle peut également inciter les prestataires privés à « repasser » les cas difficiles aux établissements publics. On peut également se poser des questions quant à son incidence sur la qualité des soins en raison des avantages qu'ont les prestataires à réduire les coûts.

Les *coûts administratifs* d'un système complexe de rémunération par cas sont élevés dans la mesure où ce dernier exige d'importants systèmes intégrés de gestion et de tenue de documents. La détermination et l'ajustement des taux de rémunération peuvent s'avérer difficiles.

Conditions liées à l'efficacité et à l'inefficacité du système : les catégories de cas doivent être bien étudiées pour empêcher tout effet d'encouragement néfaste. Généralement, il faut disposer de systèmes élaborés de gestion, de comptabilité et de vérification comptable et de moyens importants d'échange de données informatisées. Malheureusement, ces conditions indispensables sont souvent hors de portée de la plupart des pays.

Systèmes mixtes

La plupart des systèmes de rémunération des prestataires se composent d'éléments différents, ceci pour des raisons pratiques et pour éviter les encouragements néfastes. Des régimes de paiement différents peuvent être utilisés pour différentes catégories de prestataires (par exemple la rémunération par capitation pour les médecins prodiguant des soins primaires et la rémunération par cas pour les hôpitaux). Il peut exister des systèmes mixtes pour n'importe quel prestataire (objectifs de budget global associés à des paiements réels sur la base de la rémunération à l'acte). Les modes de paiement peuvent varier selon le type de services fournis (rémunération forfaitaire par personne pour les services de base, rémunération à l'acte pour les services facultatifs). Le choix de la combinaison est crucial pour équilibrer les différents effets des différents mécanismes de paiement.

6. Gestion financière

Le district comme unité de financement

Dans un système de santé décentralisé, le district a la possibilité de mettre en place son propre système de financement à condition que les fonds affectés par le ministère des Finances lui soient transférés par un seul canal, qui doit être celui du ministère des administrations locales, plutôt que par les voies tortueuses du ministère de la Santé.

Il est plus facile au district de collecter des fonds supplémentaires car il connaît mieux les différentes sources disponibles (entreprises privées - sponsors éventuels - population ou sources externes). Dans ce cas, une planification complète incluant toutes les sources de financement est très efficace.

Le fait que les responsables des services de santé soient plus près de la réalité dans le district (alors qu'ils en seraient beaucoup plus éloignés au niveau central) doit garantir une réaction plus rapide et plus concrète au problème. La plus grande proximité avec les acteurs au niveau du district fait qu'il est également plus facile d'assurer une gestion transparente et, par conséquent, une meilleure utilisation des fonds disponibles.

Tableau 10 : Exemple de planification complète basée sur les sources disponibles de financement dans le district de Handeni (392 000 habitants) en Tanzanie

District de Handeni		Plan de santé global du Conseil (2003/2004 en \$ US)	
Budget annuel		Dépenses annuelles de santé par habitant	
Subvention globale (adm. centrale)	412 000 (62,7 %)	Sources citées plus haut	environ. 1,7 \$ US
Fonds du Conseil	5 000 (0,8 %)	Dépenses supplémentaires par la population	2,0 \$ US
Fonds commun (bailleurs)	182 000 (27,7 %)		
GTZ	25 000 (3,8 %)	Total (district de Handeni)	3,7 \$ US
World Vision	8 500 (1,3 %)		
GDS	2 000 (0,3 %)	Dépenses de santé au niveau central	1,7 \$ US
Partage des coûts	11 500 (1,8 %)	Dépenses de santé totales (pour le pays)	5,4 \$ US
DRF	11 000 (1,7 %)	Ventilation des dépenses de santé	
Total	657 000 (100 %)	Gouv./Communauté	63,5 %
		Population	3,5 %
		Bailleurs de fonds	33,0 %

Cela devrait permettre la mise en place d'un système de financement indépendant et plus efficace au niveau du district.

Il existe toute une gamme de mesures de rationalisation qui permettraient aux services de santé de moins dépendre des sources extérieures. On constate pourtant fréquemment que les différentes méthodes de rationalisation ne sont pas appliquées correctement, soit par manque d'idées, soit pour des raisons de résistance politique.

Instrument de gestion financière

Une bonne gestion des recettes et des dépenses nécessite des outils simples et efficaces utilisés à bon escient par le personnel des services de santé à chaque niveau du district. Ces outils

comprennent divers documents tels que les registres de caisse, carnets de banque, reçus et autres documents, ainsi que le budget (pour plus de détails, voir le chapitre 2 - « Planification et gestion », le chapitre 3 - « Services de santé du premier échelon » et le chapitre 4 - « L'hôpital de district »).

Les concepts, règlements et directives de mise en œuvre de procédures appropriées de gestion financière doivent être élaborés et actualisés conformément aux expériences faites. Il s'agit en particulier de procédures garantissant la documentation des mouvements de fonds et la transparence de leur affectation. A cette fin, un soutien consultatif du niveau central ou par l'intermédiaire de l'aide au développement peut être nécessaire. Une assistance à long terme et un suivi des réformes dans le domaine du financement et de la gestion financière sont nécessaires pour garantir la transparence et la mise en œuvre de mécanismes de contrôle appropriés.

Il est indispensable d'assurer la bonne formation des administrateurs de district et d'hôpitaux, du personnel des petits établissements de santé et des représentants communautaires qui, en raison de la décentralisation, participeront de plus en plus à la gestion financière. C'est à l'administration régionale d'assurer la formation, de préférence sur place, de toutes les équipes de gestion de district de la région.

Etablissement du budget

L'établissement du budget est une partie cruciale de la planification financière au niveau du district, car un cadre financier clairement défini aide à faire en sorte que, dans le district, la planification reste réaliste par rapport aux ressources disponibles. L'établissement du budget consiste à estimer à l'avance les coûts réels des activités prévues. Ainsi, en tenant compte de toutes les recettes et de toutes les dépenses, le budget permet de définir ce qui peut réellement être réalisé dans la période de planification à venir, en général un an. On peut également dire que le budget est la traduction financière du plan d'action⁵⁸.

⁵⁸ F.Stierle, M.Kaddar, E.Alihonou, B.Schmidt-Ehry (2000) Financing and Financial Management of the Health District in Sub-Saharan Africa

Pour obtenir une image complète des sources financières disponibles dans le district ou l'institution et pour garantir la transparence du cadre financier, les pourvoyeurs de fonds (institutions et particuliers) doivent participer au processus de planification, par exemple du plan de santé de district (voir également le chapitre 2 - « Planification et gestion »).

Pour faire une distinction entre différents types d'actions, le budget est généralement divisé en deux sous-sections : un budget pour les frais de fonctionnement et un autre pour les investissements (également appelé budget pour les coûts d'immobilisation).

Étapes d'établissement d'un budget (planification)

- Evaluation des ressources disponibles
- Identification des besoins
- Fixation de priorités, définition des objectifs
- Elaboration d'un programme adapté
- Evaluation des coûts à venir
- Examen de l'adéquation entre les objectifs et le programme
- Décision quant à savoir qui va participer à l'établissement du budget
- Etablissement d'un programme de définition du budget
- Approbation du budget

Le budget de fonctionnement spécifie les dépenses maximales pour chaque catégorie d'activité (ligne budgétaire) telle que le personnel, l'entretien ou le transport et pour les centres de coûts, c'est-à-dire les divers établissements opérationnels. Le plan d'activités donne des détails supplémentaires sur les dépenses prévues, par exemple le délai (voir également le chapitre 2 - « Planification et gestion »).

En général, il ne doit pas être possible de faire passer des fonds d'une catégorie à une autre. Cela est particulièrement vrai pour les fonds réservés aux salaires, aux médicaments et aux équipements. En pratique, toutefois, l'affectation des fonds est plus compliquée. Traditionnellement, les salaires et les médicaments sont financés au niveau central, mais là où l'administration est progressivement décentralisée, cette responsabilité revient de plus en plus au

Tableau 11 : Budget de fonctionnement simplifié au niveau du district

Centre de coût →	DHMT	Hôpital	HC	Dispen- saire	Commu- nautés	Program- mes, p. ex. VIH/SIDA	Source
Catégories ↓							
Personnel							
Médicaments							
Équipement							
Entretien							
Transport							
Formation							

district. Lorsque les capacités de gestion d'un district sont limitées, le budget peut être un bon instrument de contrôle des dépenses. Sa mise à exécution peut également offrir une possibilité de formation du personnel administratif.

En tant qu'élément du système de gestion des services de santé du district, le budget est indispensable à la gestion des hôpitaux alors que pour des établissements moins importants, on considère que de simples carnets comptables suffisent amplement.

Le suivi du *budget de programme* (plan budgétaire) et du *budget effectif* (le budget tel qu'il est réellement mis en œuvre) peut révéler un déficit de financement. Le degré de transparence entre les deux est un indicateur du niveau de fiabilité de la planification financière.

Comme indiqué plus haut, l'aspect négatif du budget est qu'il n'encourage pas la rationalisation, c'est-à-dire l'amélioration de l'efficacité. Les responsables s'efforcent de dépenser les fonds affectés, car les fonds non dépensés à la fin de la période pour laquelle ils ont été portés au budget sont censés indiquer qu'il y a eu mauvaise planification ou que les fonds affectés étaient trop élevés.

Contrôle financier

Compte tenu de la crainte permanente d'un manque de transparence des procédures financières à tous les niveaux, les instruments et les méthodes de contrôle financier du système de

santé de district revêtent une importance capitale en ce qui concerne le suivi méticuleux des recettes et des dépenses et l'amélioration de la transparence. En général, la panoplie minimale d'instruments simples et efficaces de gestion financière est bien connue (voir également les chapitres 2, 3 et 4), mais leur application donne rarement les résultats voulus.

Pour les services de premier échelon et pour l'hôpital de district, la vérification comptable interne est importante. Dans un même district, des spécialistes (administrateurs) doivent en être chargés et doivent communiquer les résultats de leurs travaux aux comités s'occupant de la gestion des services de santé au niveau du district.

La participation effective de représentants de la communauté est essentielle, surtout lorsque les soins de santé sont payants (pour plus de détails, voir le chapitre 8 - «Participation communautaire aux soins de santé»).

A mesure que la décentralisation progresse, il est de plus en plus important d'envisager des vérifications comptables externes au niveau du district (administration du district et équipe de gestion sanitaire de district). Ces vérifications doivent être effectuées par des spécialistes employés par l'administration centrale ou par des entreprises privées spécialisées.

Dans la plupart des pays, la vérification comptable interne et externe est réglementée et dépend des rapports officiels utilisés. Toutefois, en pratique, elle a apparemment perdu une bonne partie de son efficacité. Cela peut s'expliquer par des lacunes ou des faiblesses au niveau des procédures opérationnelles recommandées. Certains règlements ont été adoptés pendant les premières années qui ont suivi l'indépendance. Mais c'est surtout le manque de courage à rechercher les erreurs et les abus qui semble favoriser l'utilisation insuffisante des procédures de contrôle. On connaît de nombreux exemples de ce qu'ont subi, de la part des autorités supérieures, des administrateurs de santé de district ayant pris des mesures contre des professionnels de la santé ayant fait un usage abusif des fonds ou d'autres ressources du district. En outre, il est prouvé que le problème de mauvaise gestion et d'usage abusif des ressources est plus lié à des questions morales et politiques qu'à des questions techniques. En conséquence, le contrôle financier n'est pas seulement un problème technique, il comporte toujours une dimension éducative et morale pour l'ensemble de la société.

Sources d'informations complémentaires

- Abel-Smith, B. (1992) Health insurance in developing countries : lessons from experience ; Health Policy and Planning 7(3)
- Bennet, S., Creese, A., Monasch, R. (1998) Health insurance schemes for people outside formal sector employment ; WHO Current Concerns ARA Paper No. 16, Genève
- Bitrán, R., Giedion, U. (2003) Waivers and exemptions for health services in developing countries ; Social protection discussion paper series, No. 0308, World Bank, Washington
- Bodart, C. and Schmidt-Ehry, B. (2000) The contractual approach as a tool for implementing national public health policies in Africa ; GTZ Eschborn
- Braveman, P., Gruskin, S. (2003) Poverty, equity, human rights and health ; WHO Bulletin 2003, 81 (7)
- Creese, A., Parker, D. (1990) Cost analysis in primary health care. A training manual for programme managers ; WHO Genève
- Donaldson, C., Gerard, K. (1993) Economics of health care financing : the visible hand. Houndsmills and London, MacMillan Press Ltd
- Global Equity Gauge Alliance and Health Systems Trust (2002) The equity gauge : concepts, principles and guidelines. A guide for social and political change in health.
- Green, A. (1990) Health economics : are we being realistic about its value ? Health Policy and Planning 5 (3)
- Green, A. (1992) An introduction to health planning in developing countries ; Oxford University Press, Oxford, New York, Tokyo
- GTZ (2001) InfoSure - a health insurance evaluation methodology and information system, GTZ Eschborn, <http://www.infosure.org>
- International Labor Organisation (1996) Mutuelles de Santé en Afrique - guide pratique à l'usage des promoteurs, administrateurs et gérants ; OIT Genève.
- Jowett, M. (1998) Evaluation of the implementation of the global strategy for health for all by 2000 ; WHO Genève
- Kapinga, A., Kiwara, A.D., Mbise, N. (1998) Cost and management of district based health care system in Tanzania ; CSSC, Dar es Salaam
- Kobb, D. (1997) Costs and financial management of district hospitals in Tanga Region ; MOH Tanzania and GTZ, Dar es Salaam

- Korte, R., Richter, H., Merkle, F., Görgen, H. (1992) Financing health services in sub-Saharan Africa : options for decision makers during adjustment ; Soc. Sci. Med. 34 (1)
- Malawi MOH (2001) Malawi National Health Accounts (NHA) Financial year 1998/1999 - a broader perspective of the Malawian health sector, Lilongwe
- Michaud, C. and Murray, C.J.L. (1994) External assistance to the health sector in developing countries : a detailed analysis, WHO Bulletin, 72 (4)
- Newbrander, W. and Collins, D. (1999) Guidelines for achieving equity : ensuring access to the poor to health services under user fee system ; Published for USAID by the Basic Support for Institutionalizing Child Survival (BASICS)
- Normand, Ch., Weber, A. (1994) Social health insurance - a guidebook for planning ; WHO Genève
- Public Health Observatories, National Health Service, Health Development Agency (2003) Health equity audit made simple : a briefing for primary care trusts and local strategic partnerships (working document) UK
- Shepard, D.S., Hodgkin, D. and Anthony, Y. (2000) Analysis of hospital costs in developing countries : a manual for managers ; WHO Genève
- Stierle, F., Kaddar, M., Tchicaya, A., Schmidt-Ehry, B. (1998) Indigence and access to health care in sub-Saharan Africa ; GTZ Eschborn.
- Stierle, F. (1998) Financing health care in poor countries - issues and lessons learned ; GTZ Eschborn
- Stierle, F. (2002) Die Absicherung finanzieller Risiken von Krankheit durch Versicherungssysteme - Optionen und Komplikationen ; Ärzte-Info, Universität Heidelberg
- Stierle, F., Kaddar, M., Alihonou, E. Schmidt-Ehry, B. (2000) Financing and financial management of the health district in sub-Saharan Africa ; GTZ Eschborn, WHO Geneva
- Van der Geest, S. (1992) Is paying for health care culturally acceptable in sub-Sahara Africa? Money and tradition ; Social Science and Medicine 34 (6)
- Wagstaff, A. (2001) Measuring equity in health care financing : reflections on and alternatives to the WHO's fairness of financing index ; Development Research Group and Human Development Network ; World Bank, Washington

- Weber, A., Stierle, F., Hohmann, J., Grosse-Tebbe, S., Schmidt-Ehry, B. (2002) Social protection in health care, European assets and contributions ; GTZ Eschborn
- Witter, S., Ensor, T., Jowett, M. and Thompson, R. (2000) Health economics for developing countries - a practical guide. McMillian UK

7. Approvisionnement en médicaments

par Meinolf Kuper & Emmanuel A. C. Gbaguidi

1. **Stratégie des médicaments essentiels**
2. **Prescription rationnelle de médicaments**
3. **Organisation et gestion administrative**
4. **Fixation des prix**
5. **Renforcement du secteur privé**



Une pharmacie exemplaire d'un hôpital de district au Bénin

1. Stratégie des médicaments essentiels – concept et cadre juridique

La stratégie des médicaments essentiels (SME) vise à promouvoir l'utilisation rationnelle de médicaments génériques essentiels venant se substituer à un grand nombre de préparations commerciales de marque, superflues et d'un prix de vente excessif qui sont d'utilisation courante dans le système de santé de district.

Par *utilisation rationnelle*, on entend une utilisation judicieuse basée sur un bon système de gestion des médicaments évitant toute pénurie et dégradation, visant une consommation adéquate de médicaments par les malades et surtout une prescription du minimum indispensable de médicaments les moins chers mais tout aussi efficaces. Cela permet non seulement de réduire les coûts pour le système de santé et pour le patient, mais également d'éviter au patient de prendre un grand nombre de médicaments inutiles et de s'exposer à leurs effets secondaires.

La stratégie des médicaments essentiels ne se limite pas à la distribution de produits de bonne qualité à prix avantageux et de lots importants de médicaments commercialisés sous leur terme générique. Elle englobe également un ensemble de mesures qui doivent être mises en œuvre si l'on veut que la stratégie ait l'impact recherché :

- établissement de listes de médicaments distinctes pour chaque niveau d'intervention,
- organisation et administration du circuit d'approvisionnement et de distribution sur la base des besoins réels, conformément à la population à charge et aux pathologies les plus courantes ; financement du système de gestion (par exemple introduction de fonds de roulement),
- gestion des stocks de médicaments et ravitaillement des différents services de santé,
- mise en place et suivi des ordinogrammes (procédures diagnostiques et thérapeutiques standardisées),
- formation/recyclage du personnel,
- sensibilisation et information de la population,
- renforcement du secteur privé.

La stratégie des médicaments essentiels entre en concurrence avec l'approvisionnement « libre » en produits pharmaceutiques de

Les médicaments essentiels

sont des médicaments dont l'efficacité est prouvée et que l'on considère comme indispensables et suffisants pour constituer une pharmacopée permettant de traiter l'ensemble des maladies (hormis quelques rares exceptions).

Les médicaments génériques

sont des produits portant le nom officiel du médicament, indépendamment du fabricant ou du vendeur. En général, le nom générique est la Dénomination Commune Internationale – DCI (par exemple ampicilline). Alors que le nom commercial est choisi par le fabricant, le nom générique est établi directement par l'OMS.

marque dont profitent l'industrie pharmaceutique, les grossistes et les pharmacies privées. C'est pourquoi la mise en application de cette stratégie se heurte à des résistances considérables.

Il est donc important que les pouvoirs publics prennent clairement position et édictent une législation correspondante. La législation doit donner un caractère contraignant à la stratégie des médicaments essentiels et réglementer les modalités d'approvisionnement et de distribution des médicaments à l'échelle nationale, l'homologation des médicaments de marque et des médicaments génériques, etc. La mise en place et l'application de ces textes de loi, dans le cadre de la définition d'une politique nationale pharmaceutique, peuvent servir d'indicateurs pour mesurer le sérieux avec lequel le gouvernement met en œuvre la stratégie des médicaments essentiels.

Par le biais de contacts directs avec les ministères, d'information sur les réglementations déjà existantes et d'instructions concrètes, l'organe de direction du district doit user de son influence en vue de l'instauration de la SME dans le cadre de la politique nationale pharmaceutique.

2. Prescription rationnelle de médicaments

La pratique des prescriptions rationnelles de médicaments s'appuie sur des ordinogrammes ou procédures diagnostiques et thérapeutiques standardisées (D&T) qui doivent être adaptées aux

Tableau 1 : Extrait du manuel de procédures D&T produit au Cameroun (2003), adapté sur la base des expériences concrètes. Ce manuel est à présent introduit à l'échelon national.

1. Observer	état général	bon, alerte	*nerveux, irritable	*léthargique ou inconscient
	yeux	normaux	enfoncés dans les orbites	très enfoncés dans les orbites, secs
	larmes	présentes	absentes	absentes
	bouche / langue	humides	sèches	très sèches
	soif	n'a pas soif	*a soif, boit avec avidité	*a du mal à boire ou est incapable de boire
2. Toucher	pincement de la peau	la peau revient rapidement	*la peau revient lentement	*la peau revient très lentement
		aucun signe de déshydratation	Si le patient a 2 symptômes ou plus, dont au moins 1 symptôme* : déshydratation modérée	Si le patient a 2 symptômes ou plus, dont au moins 1 symptôme* : déshydratation grave
4. Traiter		Plan A (page T3-2)	Plan B (page T3-4)	Plan C IV réhydratation (page T3-6)

* = symptôme-clé

problèmes sanitaires de chaque pays et qui doivent obligatoirement être respectées par les prescripteurs. Ces procédures sont élaborées avant tout pour aider le personnel médical des formations sanitaires à prescrire des médicaments. Pour s'assurer que ces procédures sont acceptées et appliquées par le personnel prescripteur, il est nécessaire de consentir un effort de formation important et d'assurer un suivi technique continu (supervision).

Dans de nombreux pays (p. e. au Cameroun, voir Tableau 1), au niveau du système de santé de district, des procédures diagnostiques et thérapeutiques élaborées au niveau national ont

été adoptées dans la pratique. Le principe de « diagnostic et de thérapie » s'applique généralement à toutes ces procédures :

- a. *Du symptôme au diagnostic et à la thérapie :*
Le prescripteur procède d'abord à une sélection parmi les symptômes cardinaux classés selon leur ordre d'importance médicale. Les différentes étapes diagnostiques et thérapeutiques sont ensuite expliquées dans le détail.
- b. *Les observations pathologiques et leur traitement :*
Le traitement s'effectue au moyen de médicaments essentiels ; le recours à la médecine traditionnelle peut, le cas échéant, être envisagé.

Il se peut qu'il ne soit pas possible de faire un diagnostic sûr, mais qu'il s'avère urgent de procéder à une évacuation immédiate du patient, p. e. dans les cas de méningite ou d'urgence en obstétrique. Le concept IMCI⁵⁹ de l'OMS donne un exemple de cette approche qui met l'accent sur la gravité de la situation plutôt que sur l'exactitude rigoureuse d'un diagnostic.

Les procédures diagnostiques et thérapeutiques présentent quatre grands avantages :

- Les médicaments sont utilisés de manière rationnelle, c'est-à-dire uniquement en nombre et en quantité absolument nécessaires

Prescription rationnelle

Empiriquement, d'un point de vue médical, les médicaments doivent être différenciés selon qu'ils sont

- obligatoires,
- à administrer éventuellement plus tard (lorsqu'il y aura de l'argent !),
- non obligatoires.

Exemple : Diagnostic : bronchite bactérienne

Prescription :

- | | |
|-----------------|-------------------------------|
| Antibiotiques | – obligatoires ! |
| Sirop contre | – peut-être plus tard la toux |
| Complexe vit. B | – non obligatoire ! |

⁵⁹ IMCI = Integrated Management of Childhood Illnesses, un programme initié par l'OMS en 1995 pour combattre les maladies les plus fréquentes de l'enfance, particulièrement dans les services de santé du premier échelon.

et sous forme de « produits génériques », ce qui empêche la polypragmasie⁶⁰ et réduit les coûts pour les patients.

- Dans le cas de maladies ou d'affections graves (par exemple méningite, grossesse extra-utérine), le diagnostic présumé est posé à temps et un transfert à la formation sanitaire de référence peut être organisé rapidement.
- Les registres tenus dans les formations sanitaires du district sur la base de procédures diagnostiques et thérapeutiques font état d'une symptomatologie différenciée. Leur évaluation permet de se faire une idée réaliste de la situation épidémiologique dans la zone desservie par un centre.
- Les procédures diagnostiques et thérapeutiques constituent des supports pédagogiques utiles dans le cadre d'actions de formation continue et de visites de supervision.

Tableau 2: Indicateurs concernant la prescription rationnelle de ME

Indicateurs	Commentaires	Exemples
Nombre de médicaments par prescription	Il faut minimiser une polypragmasie. Souvent, le traitement efficace d'une maladie se fait avec 1-2 médicaments.	3,2 (Bénin, 1992) 2,3 (Mali, 1992) 3,0 (Guinée, 1992)
Formule du prix de vente des médicaments (prix d'achat + ?)	Afin de couvrir tous les coûts (transport, stockage, etc.), il faut ajouter au prix d'achat (PA) un montant qui est exprimé en % ou facteur ?	Cameroun (2003) : PA x 1,564 ou PA + 56% (calcul en deux étapes : dépôt national → magasin provincial 38%, dépôt provincial → districts 17%). Guinée (2003) : PA x 1,34 ou PA + 34%
Coût moyen par épisode de maladie en USD	Le coût total d'un épisode inclut tous les médicaments et autres moyens (pansements, etc.) en fonction du pouvoir d'achat de la population (demande)	Entre 1,50 et 5,00 Euros

⁶⁰ Polypragmasie : prescription multiple et souvent inutile de médicaments sur une même ordonnance.

Dans un souci d'éviter que les patients n'interrompent prématurément le traitement, il est en principe souhaitable de toujours délivrer la quantité totale des médicaments prescrits (en cas de maladie de longue durée, augmentation des quantités en conséquence). Ces conditions sont extrêmement importantes si l'on veut garantir le succès de la thérapie et empêcher que des résistances ne se développent, ceci même si une partie des patients n'est pas en mesure de financer le coût de la quantité totale de médicaments.

Des études portant sur les prix moyens des traitements médicamenteux ainsi que sur le nombre de médicaments prescrits par épisode de maladie donnent des renseignements précieux sur les pratiques du personnel prescripteur ainsi que sur les possibilités de rationalisation grâce à des actions de formation et à une meilleure supervision.

3. Organisation et gestion administrative

Listes des médicaments

La liste des médicaments essentiels de l'OMS, qui englobe l'ensemble des médicaments nécessaires, sert généralement de base à l'établissement de la pharmacopée individuelle d'un pays. La liste actuelle des médicaments essentiels établie par l'OMS comprend 306 produits au total⁶¹. La liste complète est certainement suffisante pour les besoins thérapeutiques des hôpitaux régionaux et des hôpitaux de district. En ce qui concerne les centres de santé, les dispensaires, etc., cette liste est cependant bien trop exhaustive et elle doit donc être remaniée et adaptée à l'éventail des soins et prestations de santé assumés par ces services. A titre d'exemple, deux listes types de médicaments essentiels, l'une pour un centre de soins de santé primaires et l'autre pour un hôpital de district sont présentées dans les tableaux 3 et 4 (Cameroun).

Il est pertinent que le ministère de la Santé établisse une liste spéciale pour chaque niveau d'intervention. Cette liste s'oriente sur les termes de référence des formations sanitaires spécifiques (par

⁶¹ en 2003

Tableau 3 : Listes de médicaments et consommables essentiels au Cameroun (2003)

Médicaments réservés aux centres de santé

N°	ARTICLES/FORME	N°	ARTICLES/FORME
1	ACETYL SALYCILATE DE LYSINE 1800 mg	50	GLUCONATE OU FUMARATE DE FER 200mg/ml sirop 125 ml
2	ACETYL SALYCILATE DE LYSINE 900 mg	51	HUILE DE PARAFFINE 125 ml
3	ACIDE FOLIQUE 5 mg Comp.	52	HYDROXYDE D'ALUMINIUM 500mg Comp.
4	ALBENDAZOLE 400mg Comp.	53	IBUPROFENE 400mg comprimé
5	ALCOOL A 70° Flacon/125 ml	54	INDOMETACINE 25mg Comp.
6	AMINOPHYLLINE 100mg Comp.	55	LAME DE BISTOURI N° 23
7	AMINOPHYLLINE 250mg/10ml Amp	56	LIDOCAINE Hcl 2% 50ml
8	AMOXICILLINE 125 mg sirop	57	MEBENDAZOLE 100mg Comp.
9	AMOXICILLINE 250 mg sirop	58	MEBENDAZOLE SIROP 100ml
10	AMOXICILLINE 500mg gélule	59	METOCLOPRAMIDE 10mg /2mlAmp.
11	AMPICILLINE INJ. 0,5 g	60	METOCLOPRAMIDE 10mg Comp.
12	AMPICILLINE INJ. 1g	61	METRONIDAZOLE 125mg sirop
13	ANTITUSSIF SIROP 125 ml (DIPHENHYDRAMINE)	62	METRONIDAZOLE 250mg Comp.
14	ASPIRINE 500 mg Comp	63	MICONAZOLE 2% CREME
15	BACITRACINE+NEOMYCINE POMMADE	64	MULTIVITAMINE COMP
16	BANDE DE CREPE 4mX10cm	65	NYSTATINE 500.000 U Comp.
17	BANDE DE GAZE 4m x 10cm BANDE PLATREE 2,7mx10cm 2 pièces	66	NYSTATINE 100.000 U Crème
18	BENZATHINE PENICILLINE 1.2 M.U.I	67	NYSTATINE 100.000 U Comp. Gyneco.
19	BENZATHINE PENICILLINE 2,4 M.U.I	68	PARACETAMOL SIROP 120mg/5ml
20	BENZYL BENZOATE 125ml	69	PARACETAMOL 500MG Comp.
21	BIPENICILLINE 1 M.U OU PROCAINE BENZYL PENICILLINE	70	PENICILLINE G 1M UI
22	CATHETER IV N° 16	71	PENICILLINE V 250 MG Comp.
23	CATHETER IV N° 18	72	PENICILLINE V 500MG COMP.
24	CATHETER IV N° 20	73	PERFUSEUR
25	CHLOROQUINE 100mg Comp	74	PHENOBARBITAL 50MG COMP
26	CHLORPHENIRAMINE 4mg Comp	75	PHLOROGLUCINOL 80MG Comp.
27	CO-TRIMOXAZOLE 240mg Sirop	76	PHLOROGLUCINOL 40MG Amp.
28	CO-TRIMOXAZOLE 480mg Comp	77	P.V.P IODINE 10%
		78	QUININE 200mg Comp.

N°	ARTICLES/FORME	N°	ARTICLES/FORME
29	COMPRESSES STERILISEES	79	QUININE 300mg Comp.
30	COTON HYDROPHILE 50G	80	QUININE 600mg/2ml Amp.
31	COTON HYDROPHILE 500G	81	QUININE RESORCINE 200mg/2ml Amp.
32	CLOXACILLINE 250mg gélules	82	QUININE RESORCINE 400mg/4ml Amp.
33	DEXAMETHASONE 5Mg/ml Amp	83	RINGER LACTATE 500 ml
34	DEXTROSE 5% 250 MI	84	SALE NORMAL 0,9% 500ml
35	DEXTROSE 5% 500 MI	85	SALICYLATE DE METHYL SOLUTION 125 ml
36	DIAZEPAM 10 mg Amp	86	SERINGUE/AIGUILLE 2ml
37	DIAZEPAM 5 mg Comp	87	SERINGUE/AIGUILLE 5ml
38	DOXYCYCLINE 100 Mg Comp	88	SERINGUE/AIGUILLE 10ml
39	EAU Pour préparation Inj. 5 ml	89	SONDE DE FOLEY N° 16, 18, 20
40	EAU Pour préparation Inj. 10 ml	90	SPARADRAP 5mx2cm
41	ENVELOPPES	91	SPARADRAP PERFORE 5mX18cm
42	EPICRANIENS 23 G	92	S.R.O SACHET
43	EPICRANIENS 25 G	93	Sulfadoxine 500mg+ PYRIMETHAMINE 25MG Comp.
44	ERGOMETRINE 0,5 MG/ML Amp	94	SULFATE DE FER 200mg Comp.
45	ERYTHROMYCINE 250 MG Comp.	95	SULFATE DE FER 200 mg + ACIDE FOLIQUE 0,25mg
46	FUROSEMIDE 20 mg ampoules	96	TRETRACYCLINE 1% PDE. OPHTALMIQUE
47	GANTS STERILES T : 7 _ ou 8	97	THERMOMETRE
48	GENTAMYCINE COLLYRE		
49	GLUCONATE DE CALCIUM 10%Amp.		

exemple, centres de santé) et définit les médicaments dont l'utilisation est autorisée (voir également l'exemple figurant aux tableaux 3 et 4).

Approvisionnement

L'organe de direction du district a pour tâche de veiller à la fourniture en temps voulu des médicaments dont l'hôpital et tous les centres de santé ont besoin. En général, les gouvernements assurent l'approvisionnement par des pharmacies centrales,

CONTRACEPTIFS		SUTURES ET LIGATURES	
98	CONDOMS (Unité)	105	CATGUT NORMAL 0, 1, 2/0
99	DEPO-PROVERA Amp.	106	CATGUT CHROME 0, 2, 2/0
100	DIU	107	NYLON 0, 1, 2/0
101	LO-FEMENAL Comp. (cycle) ou DUO	108	SOIE 0, 1, 2/0
102	NORPLANT (Unité)	109	VICRYL 0, 1
103	OVRETTE Comp. (Cycle)		
104	SPERMICIDE Comp.		<u>ANTITUBERCULEUX</u>
			ETHAMBUTOL 400mg Comp.
		110	ISONIAZIDE 100mg + RIFAMPICINE 150mg Comp
		111	PYRAZINAMIDE 500mg Comp.
		112	STREPTOMYCINE 1g
		113	

Médicaments supplémentaires réservés aux hôpitaux de district

1	ATROPINE 1MG Inj.	10	OCYTOCINE 10 U.I inj.
2	CHLORAMPHENICOL 250 Mg Comp.	11	PHENOBARBITAL 200mg Amp.
3	DIGOXINE 0,25mg comp.	12	SALBUTAMOL 0,5 MG INJ.
4	FUROSEMIDE 40mg Comp.	13	SALBUTAMOL Comp. 2 MG
5	GENTAMYCINE 80 Mg Inj	14	SERINGUE à insuline 1ml + aiguille
6	GLIBENCLAMIDE 5mg Comp.	15	SUPPOSITOIRES ANTHEMORROÏDAIRE
7	GRISEOFULVINE 500 Mg Comp.	16	VITAMINE B COMPLEXE INJ. 2 ml
8	KETAMINE 50 Mg/MI Inj.	17	VITAMINE B Complexe (B1-B6-B12) Comp.
9	METHYL DOPA 250 Mg Comp.		

publiques ou semi-publiques. Mais souvent, pour des raisons économiques et organisationnelles, ces pharmacies ne sont pas en mesure d'assumer cette tâche de manière satisfaisante. C'est pourquoi la réforme du système d'approvisionnement pharmaceutique est une réforme du secteur de la santé qui doit être traitée en priorité. Dans de nombreux pays, l'expérience montre que la

réorganisation est techniquement possible à partir du moment où il y a une réelle volonté politique. Pour ce faire, on peut :

- réorganiser la pharmacie centrale en une « centrale d'achat » gérée de manière transparente et contrôlée par les pouvoirs publics (comme cela se fait par exemple au Bénin, au Togo, au Burkina Faso, etc.);
- décentraliser la pharmacie centrale en créant des dépôts régionaux (gérés au niveau régional) plus proches des districts à desservir et plus faciles à cogérer (voir les exemples de la Guinée Conakry et de la Tanzanie);
- modifier les statuts des pharmacies régionales (en leur donnant le statut d'une entreprise d'utilité publique telle qu'une coopérative ou une association, comme par exemple le Fonds spécial provincial pour la santé au Cameroun).

Dans certains pays, en attendant que l'approvisionnement en médicaments fasse l'objet d'une réglementation au niveau national, le district est obligé de recourir à toutes les possibilités exploitables

Fonds spécial provincial pour la santé (Cameroun 2003)

- Le Fonds spécial provincial pour la santé, qui a été mis en place dans toutes les provinces du Cameroun et auquel des structures privées sont associées, est un exemple réussi de cette forme de réaménagement.
- Ce fonds est enregistré comme une association de communautés représentant des formations sanitaires non gouvernementales et publiques.
- Il sert à approvisionner les membres de l'association en médicaments essentiels et à redistribuer les surplus générés en tenant compte de critères sociaux.
- La réussite remarquable de ce fonds tient à deux facteurs : sa capacité d'offrir aux districts des médicaments respectant les normes de qualité, et ce à des prix abordables ; sa capacité de garantir la disponibilité des produits dans toutes les formations sanitaires.
- Sur le plan social, les prix de vente sont les mêmes partout. La participation communautaire à la gestion du fonds, jusqu'au niveau provincial, est la clé de la réussite de cette organisation.

pour se procurer les médicaments dont il a besoin. Dans ce contexte, le recours aux grossistes privés et aux organisations de santé confessionnelles est possible. Il faut toutefois veiller à ce que les différents fabricants et grossistes respectent les règles élémentaires de contrôle de la qualité des médicaments.

Dans certains pays où une grande partie des formations sanitaires sont confessionnelles, une centrale d'achat séparée, gérée par les organisations confessionnelles, a été créée (par exemple au Rwanda et en RDC) ou sa création est en cours de discussion, par exemple en Tanzanie.

Il existe aussi des formules mixtes d'approvisionnement par l'Etat et par les Eglises comme les « Central Medical Stores - CMS » au Malawi. Dans ce cas, l'église participe activement à la gestion de la centrale. On a souvent constaté que les centrales d'achat créées par les Eglises avaient comme particularité d'offrir une diversification des sources de produits. Les Eglises bénéficient souvent de dons de médicaments qu'elles gèrent de façon spéciale et qu'elles cèdent souvent à prix modiques et forfaitaires.

Au Bénin, une pharmacie centrale réaménagée en centrale d'achat est gérée de manière transparente par des sociétaires, pour la plupart des privés, et est parvenue jusqu'à maintenant à garantir un approvisionnement ininterrompu en médicaments essentiels. La centrale d'achat se tient à la disposition des services sanitaires du pays sans que ces derniers soient obligés d'y recourir. Le bilan financier de cette institution, de même que le degré d'utilisation de ses services, montre une tendance manifestement positive.

Gestion des stocks

Un système de fiches de stock devrait être introduit dans les pharmacies annexées aux services de santé. Ce système, qui documente toutes les entrées, les sorties et les surplus de médicaments et qui fournit aussi des informations sur les dates de péremption et les prix d'achat, doit permettre de constater facilement le niveau actuel des stocks ainsi que la consommation mensuelle de chaque médicament. La comparaison avec les statistiques mensuelles de l'hôpital permet de contrôler le chiffre d'affaires à tout moment. Un système d'information à jour sur la gestion des médicaments dans les formations sanitaires du district nécessite une documentation quotidienne des opérations pharmaceutiques.

Le signal d'alarme

Afin d'éviter une rupture du stock de médicaments essentiels, il faut établir un système qui fonctionne comme un signal d'alarme :

- adopter un système de documentation du stock basé sur des fiches de stock indiquant le seuil de réapprovisionnement,
- tenir compte de la saison des pluies où le réapprovisionnement peut être plus difficile,
- disposer de fonds suffisants pour éviter tout problème de réapprovisionnement dû à un manque d'argent.

Très souvent, une pharmacie rattachée à l'hôpital a pour tâche d'approvisionner toutes les formations sanitaires du district (par exemple en Tanzanie, au Malawi, en Guinée Conakry, au Bénin, au Togo). Il existe également des projets de décentralisation progressive de la distribution des médicaments dans d'autres pays (par exemple au Cameroun où les premiers districts autonomes sont responsables de l'approvisionnement des centres de santé en médicaments).

Pour éviter toute discontinuité dans l'approvisionnement en médicaments, le système de réapprovisionnement doit tenir compte des longs délais d'acheminement.

Une stratégie et un système d'organisation du circuit des médicaments (estimation des besoins, commande, stockage, livraison, réapprovisionnement) sont introduits et sont bien réglementés dans de nombreux pays. Le moment de l'approvisionnement est déterminé par le délai de réapprovisionnement qui figure sur les fiches de stock et qui tient compte du délai écoulé entre la commande et la réception des médicaments au niveau opérationnel.

Dans les pharmacies (autant au niveau du district qu'au niveau des communes), les stocks en médicaments individuels, de même que toutes les entrées et sorties, doivent être enregistrés sur des formulaires appropriés.

Les ordonnances (ou copies d'ordonnances) conservées par la pharmacie et par les statistiques hospitalières peuvent être utilisées à des fins de contrôle.

Pour pouvoir stocker les médicaments au niveau du district, il faut disposer d'un dépôt suffisamment grand, équipé des installations

techniques nécessaires, y compris des équipements de réfrigération. La gestion de ce dépôt peut être confiée à différentes agences d'exécution, par exemple à des organisations publiques, d'utilité publique ou privées.

Dans certains pays, les districts ne disposent que de magasins de transit. Dans ce cas, les médicaments commandés sont pré-emballés par le fournisseur au nom de chaque formation sanitaire du district. C'est le district qui reçoit les colis et les remet aux destinataires. Cette approche exige une planification rigoureuse des besoins au niveau de chaque formation sanitaire.

Distribution et livraison supplémentaire

En principe, chaque formation sanitaire devrait se charger elle-même de l'acheminement des livraisons qui lui sont destinées. Toutes les capacités de transport locales doivent être utilisées à cet effet. En second ressort, les formations sanitaires peuvent profiter de visites de supervision ou de réunions mensuelles au chef-lieu de district pour se faire livrer ces médicaments. Le rythme des livraisons doit être régulier (par exemple, livraisons mensuelles ou trimestrielles) et il faut s'assurer que des besoins urgents et imprévus puissent être couverts à court terme dans la période comprise entre deux livraisons.

Les médicaments disponibles sont indiqués dans les listes en vigueur. Les commandes devraient être faites en fonction des besoins concrets en médicaments de la population cible vivant dans la zone desservie. Pour éviter tout risque de rupture de stock, il faut tenir compte de la fréquence des pathologies les plus courantes, du taux d'utilisation prévu pour les services offerts et enfin, de l'éventuelle survenue d'épidémies. En tout état de cause, il faut toujours prévoir une marge additionnelle de stocks de sécurité.

Les avantages découlant de la livraison de stocks de médicaments préemballés telle qu'elle est pratiquée dans plusieurs pays anglophones (par exemple le système de kits en Tanzanie) sont évidents pourvu que la pharmacie centrale fonctionne bien : les formations sanitaires reçoivent régulièrement une quantité standard qui est prévue pour couvrir les besoins de base pendant une période donnée (par exemple un mois).

Mais ce système présente également des inconvénients : quand la composition des « kits » n'est plus en adéquation avec l'évolution



Propharmacie – un système régional privé d’approvisionnement en médicaments (Cameroun)

des besoins liés aux affections, sa modification prend énormément de temps et a pour double conséquence d'entraîner une pénurie des médicaments dont on a besoin et une accumulation de ceux qui ne sont que rarement utilisés.

Le dépôt de médicaments aménagé au niveau du district doit constituer des stocks de sécurité suffisants pour pouvoir surmonter des difficultés temporaires d'approvisionnement.

Médicaments gratuits ou payants ?

L'intention politique d'approvisionner la population en médicaments gratuits est certes très louable du point de vue social. Les problèmes qu'une telle politique soulèvent sont cependant pernicieux :

Lorsque les médicaments (et les consultations) ne sont pas payants, la fréquentation des formations sanitaires est évidemment beaucoup plus élevée que nécessaire parce que les malades tendent à s'y rendre pour récupérer des médicaments (et les stocker à la maison). La conséquence est que, très souvent, la quantité totale de médicaments est épuisée bien avant la fin du mois et que tout le monde se plaint que les médicaments fournis ne soient pas suffisants !

L'introduction d'un système de tarification des médicaments (ou de l'ensemble des prestations) peut bien souvent contribuer à résoudre ce problème.

Contrôle

Dans presque tous les pays concernés, le système d'approvisionnement en médicaments essentiels est l'objet de pratiques illégales et douteuses :

- mauvaise gestion des recettes par le personnel de la pharmacie,
- vente illicite des produits de la pharmacie avec développement de circuits parallèles,
- vente par le personnel de produits n'appartenant pas à la pharmacie,
- non respect des outils de gestion et de contrôle (reçus, fiches de stock, etc.),
- ruptures de stocks artificielles ou provoquées (commande retardée ou mauvaise estimation des besoins) par le personnel, etc.

Le contrôle financier devrait normalement être assumé par le supérieur hiérarchique du service de santé (par exemple le directeur du centre de santé ou le médecin de district) ainsi que par un représentant mandaté de la communauté. Dans le cadre de la décentralisation, le comité de gestion (ou une autre organisation appropriée) joue un rôle-clé dans la gestion pharmaceutique et financière de la formation sanitaire.

Les instruments permettant d'exercer ce contrôle financier sont :

- le livre de caisse,
- les relevés de comptes bancaires,
- les fiches et formulaires des pharmacies,
- les copies des reçus provenant de la vente des médicaments aux malades.

4. Fixation des prix

Le principe de couverture des coûts sert de base à la détermination du coût des médicaments. Le coût des médicaments est basé sur le prix d'achat, auquel s'ajoute l'ensemble des coûts de fonctionnement occasionnés (transport, stockage, personnel local, frais administratifs, marge de sécurité, contrôle de qualité, pertes par péremption, impôts et taxes, etc.). Les coûts de fonctionnement sont exprimés en pourcentage du prix d'achat : par exemple au Mali, le prix de vente moyen s'élevait à 167 % du prix d'achat (prix d'achat = 100 % + frais de réapprovisionnement 67 %).

Ce mode de tarification sur la base des prix réels de chaque médicament a l'avantage d'être transparent et est donc celui qui est le mieux accepté par les patients. Pour des raisons de compensation, il est recommandé d'équilibrer les prix des médicaments particulièrement chers à l'achat (par exemple, Praziquantel) et ceux des médicaments bon marché (par exemple, pommade ophtalmologique).

Cette approche peut être choisie pour assurer la promotion de certains produits (par exemple le sel de réhydratation orale, les préservatifs, etc.) dont le prix de vente doit être égal ou légèrement supérieur au prix d'achat. Cette méthode d'interfinancement permet de faire en sorte que le prix de vente moyen reste abordable pour les malades.

Des règlements d'exception s'appliquant aux patients démunis doivent donc être envisagés, en concertation étroite avec les communautés.

Le financement global des médicaments essentiels par des subventions exige, de la part de l'Etat⁶², des décisions politiques de haut niveau.

La fixation d'un prix forfaitaire unique couvrant les médicaments prescrits pour la durée globale de la maladie ou de l'épisode de maladie est une application encore plus poussée du principe de solidarité mais se heurte encore à des réticences, en particulier dans les régions très pauvres.

L'application d'une majoration sur les prix de revient permet de réaliser un bénéfice sur le prix de vente des médicaments. Ces recettes permettent de financer d'autres activités ou acquisitions qui requièrent toutefois l'accord des représentants de la communauté (ces recettes étant perçues au détriment des patients).⁶³

Cette méthode comporte cependant certains risques importants: manque de transparence, comptabilité compliquée, manque de confiance de la part des malades, etc.

Pour les raisons précitées, il semble plus judicieux d'organiser séparément le financement de l'approvisionnement en médicaments (à partir du fonds de roulement prévu) et celui des autres frais de fonctionnement courants. Cela permet de fixer les prix les plus avantageux, et donc en même temps les plus attractifs. Cette donnée n'est pas sans importance si l'on tient compte des résistances considérables que rencontre la stratégie des médicaments essentiels.

Les expériences faites jusqu'à ce jour montrent que le traitement des patients sur la base de médicaments essentiels et de procédures thérapeutiques rationnelles permet de réaliser une économie de l'ordre de 75 % par rapport aux pratiques de prescription traditionnelles.

⁶² Le "franchisage" est un type de subvention sociale des médicaments pratiquée dans certains pays.

⁶³ Ce mode de financement de différentes activités par la vente de médicaments est pratiqué dans les pharmacies du Fonds spécial au Cameroun.



Un vendeur des rues avec des médicaments traditionnels (Tanzanie)

5. Renforcement du secteur privé

Suite aux mauvaises expériences faites ces 20 dernières années avec les structures publiques ou semi-publiques d'approvisionnement en médicaments, toutes organisées à l'échelon central, de nombreux pays d'Afrique se sont vus confrontés à la double nécessité de développer des structures alternatives (en particulier d'utilité publique) et de recourir davantage au secteur privé pour l'approvisionnement en médicaments. Entre temps, la privatisation a nettement pris le pas sur la politique générale !

La situation était jusque-là caractérisée par la coexistence, généralement non réglementée, de pharmacies publiques et privées dont le nombre variait considérablement d'un pays à l'autre. Le déséquilibre était également grand entre le milieu rural et le milieu urbain.

Dans le souci de garantir durablement l'approvisionnement en médicaments à des prix acceptables, toutes les structures entrant en ligne de compte devraient être analysées en fonction de leurs possibilités de contribution et être mobilisées en conséquence. Cette stratégie cible en particulier les pharmacies, mais aussi les kiosques, marchés, commerces, brasseries, etc.

Des enquêtes spécifiques et des négociations doivent être conduites afin de préciser dans quelle mesure ces structures veulent et peuvent contribuer à l'approvisionnement de la région en médicaments (études de marketing social).

On peut s'efforcer de trouver des arrangements avec les pharmacies privées et convenir avec elles de modalités de réglementation de la distribution des médicaments génériques essentiels et de tarifs adéquats. Il est souhaitable que les pharmacies privées soutiennent la politique des médicaments essentiels, même si cette dernière est, à première vue, contraire à leurs intérêts commerciaux. En contrepartie, les pharmacies privées devraient, bien entendu, avoir la possibilité de vendre parallèlement des produits de marque, non inscrits dans la liste des médicaments essentiels et destinés aux hôpitaux de district. Les pharmacies devraient, dans toute la mesure du possible, être associées aux planifications se rapportant à cette question.

Les autres commerçants privés (kiosques, marchands) devraient eux aussi être associés à ces travaux d'enquête et de planification. Dans certains pays, ils constituent en effet un réseau de distribution

important. Ils entretiennent très souvent des relations de confiance avec leur clientèle, vendent des médicaments depuis toujours et assument traditionnellement des fonctions de conseil dans ce domaine. Au lieu de les exclure de la vente de médicaments, il faut voir si leur intégration, par exemple à travers des actions ciblées d'information et de formation, ne pourrait pas apporter une contribution efficace à un système contrôlé d'approvisionnement en médicaments.

Toutefois, il faut tenir compte des marges de manœuvre limitées qui menacent la viabilité et l'implantation durable des sociétés privées dans les zones rurales à pouvoir d'achat très faible.

Sources d'informations complémentaires

- Andrianstiravalony, R. et al. (1990) Utilisation de procédures diagnostiques et thérapeutiques standardisées et coûts des médicaments, document technique no 5, Madagascar
- Battersby, A. (1998) How to look after a health centre store, AHRTAG, Londres
- Gish, O., Feller, L.L. (1998) Planning Pharmaceuticals for Primary Health Care : The Supply and Utilization of Drugs in the Third World, American Public Health Association
- Kanji, N. (1989) Charging for drugs in Africa - UNICEF's Bamako Initiative. Health Policy and Planning ; 412
- Kuper, M., Fosung, P., Schmidt-Ehry, B., Tata, H. (1998) «How to create, run and sustain a regional essential drug programme» - Manuel de mise en place d'un programme de médicaments essentiels, GTZ, Yaoundé/Eschborn
- Massow, F., Korte, R., Ndele, JK (1997) «Guidelines to rational drug use», McMillan, GTZ, AmREE, TALC
- Massow, F. et al. (1992) Pharmacopée nationale des plantes traditionnelles au Niger, BMZ/GTZ Eschborn
- Njau, E. (2002) Pharmacology and Therapeutics, British High Commission East Africa
- OMS (1999) La sélection des médicaments essentiels, Série de rapports techniques

Raharimanana, E, Danielsen-Runge, W .(1991) Manuel du Prescripteur, Programme de Renforcement du Service Provincial de Santé Mahajanga, Madagascar

Unger, J.P, Yada, A. (1992) Should medication be distributed in Africa by health services and/or pharmacies ?, Burkina Faso

8. Participation communautaire aux soins de santé

par Thomas Kirsch-Woik et Cornelius Oepen

1. **Considérations de base**
2. **Cogestion effective**
3. **Activités communautaires liées à la santé**
4. **Participation au financement des services de santé**
5. **Hypothèses de participation communautaire**



La rencontre d'un comité de développement communautaire (Tanzanie)

1. Considérations de base

Il est primordial que la population cible participe à l'élaboration de services de santé conçus selon la stratégie des « soins de santé primaires » recommandée par l'Organisation mondiale de la Santé (Alma-Ata, 1978). Cette participation communautaire est indispensable pour que les services de santé soient :

- au fait des problèmes de santé et des conditions de vie de la population cible,
- adaptés aux conditions locales et aux ressources disponibles et
- acceptés par les utilisateurs.

Ce constat s'appuie sur des années d'expériences négatives avec les services publics dépendant de l'administration centrale. La participation communautaire suppose d'abord une collaboration à la conception des services de santé (professionnels), puis la mise en place d'activités sanitaires gérées par la collectivité. Les services de santé peuvent également être associés à ces activités. Un fort pourcentage des traitements et des mesures préventives peut être assumé par les familles des patients ou par la collectivité locale. Pour accroître l'engagement des membres de la collectivité, il est nécessaire de reconnaître les avantages concrets et durables dont ces derniers peuvent bénéficier. Par exemple, une source d'eau potable plus proche de la collectivité ne peut que faciliter la vie quotidienne de la population concernée. Parmi les décisions qui ont été prises par les représentants de la collectivité locale, il est important que les membres de la collectivité sachent reconnaître celles qui ont contribué à atteindre des résultats positifs (« appropriation » est le terme le plus employé pour décrire cette situation).⁶⁴

Dans le domaine des soins de santé, la participation communautaire et les organisations d'entraide peuvent contribuer à améliorer la communication et la compréhension entre la population et le personnel des services de santé. Cette coopération peut aider à créer un rapport d'égalité fondé sur le partenariat entre

⁶⁴ Dans ce contexte, le terme « appropriation » désigne la faculté de prendre des décisions concernant les questions d'argent et de pouvoir. D'argent également dans le sens des avantages tirés des points d'eau ; de pouvoir en raison de l'influence évidente sur les décisions prises : installé devant une bière bien fraîche, le représentant de la collectivité locale se dit : « Hé, cette décision – c'était MOI ».

les parties concernées. Elle favorise l'acceptation par la population locale des activités sanitaires offertes. En faisant participer la collectivité locale aux activités sanitaires et à la gestion du centre de santé, on renforce son sens des responsabilités en ce qui concerne son service de santé (responsabilisation). La collectivité ne peut plus se reposer sur une attitude passive (« L'essentiel, c'est qu'on dispose d'une quantité suffisante de médicaments... ») mais doit accepter sa part de responsabilité dans le fait de disposer d'une infrastructure, d'équipements et d'un personnel appropriés pour son centre de santé.

La création de règles régissant la participation au service de santé exige du personnel de santé essentiellement employé par l'Etat qu'il se montre responsable et discipliné. Un tel comportement ne peut qu'améliorer la qualité des services (non-discrimination en fonction du statut social, interdiction pour les membres du personnel d'avoir une activité secondaire). La gestion des recettes par la collectivité locale – si le système national le prévoit – et l'attribution à la collectivité d'une certaine latitude quant à la façon d'utiliser ces fonds constituent un autre facteur important de motivation du personnel. Progressivement et à long terme⁶⁵, l'administration des services de santé peut être assumée par des associations de santé dans le cadre de la décentralisation.

2. Cogestion effective

Règles principales

Les représentants de la population locale doivent participer aux prises de décisions sur la conception des services de santé, aussi bien en ce qui concerne leurs contenus que leur organisation. Bien entendu, les accords doivent être conformes aux dispositions légales en vigueur.

Le degré de cogestion est un indicateur majeur de l'efficacité de la mise en œuvre, ainsi que de la décentralisation de l'autorité et des pouvoirs décisionnels dans le secteur de la santé. Cela en fait un règlement politique d'une extrême importance. Sa réalisation

⁶⁵ L'expérience de la GTZ au Togo montre qu'il faut compter quatre années de promotion et de soutien en parallèle (Section formation institutionnalisée et constitution de réseaux).

s'accompagne souvent de conflits politiques plus ou moins ouverts, si bien que les efforts de concertation et de communication sont aussi indispensables que l'expertise technique.

La transparence est un principe fondamental de la cogestion : toutes les procédures administratives, en particulier les mouvements de trésorerie lorsque des mécanismes de participation aux coûts sont en place, doivent faire l'objet de règlements facilitant le suivi et le contrôle. Tous les tarifs et les principaux règlements doivent être rendus publics, par exemple sous la forme de panneaux bien visibles à l'entrée du bâtiment.

Les formes les plus appropriées de cogestion peuvent varier énormément d'un endroit à un autre et il peut être nécessaire d'effectuer des études spécifiques (recherche active) pour déterminer ce qui convient le mieux dans un cadre donné. Dans de nombreux pays, l'expérience montre que deux problèmes essentiels peuvent être à l'origine des difficultés rencontrées :

- la volonté (et la capacité) du personnel du service de santé à accepter la cogestion communautaire ;
- l'identification de représentants de la collectivité locale véritablement engagés dans le processus et dans lesquels la population cible a entière confiance⁶⁶.

Règlements au niveau local

L'organisme de cogestion, souvent nommé « comité de santé » et généralement constitué de représentants de la collectivité et des centres de santé locaux, a besoin de statuts et d'une forme juridique officiellement acceptée et reconnue.

Dans plusieurs pays, ces organismes ont un statut officiel à divers niveaux (village, collectivité, district), comme par exemple au Rwanda, au Bénin, au Cameroun et en Tanzanie. Toutefois, leur composition est souvent sujette à controverse. Elle reflète la volonté des dirigeants d'autoriser une véritable cogestion (démocratie partant de la base). Il faut s'assurer que l'organisme est vraiment représentatif et que l'ensemble de la population de la circonscription hospitalière se sent représenté par lui. Cela vaut notamment pour les femmes qui constituent souvent un groupe particulièrement défavorisé.

⁶⁶ Le facteur le plus important est souvent celui qui consiste à s'assurer que les dépenses sont remboursées (y compris les coûts marginaux tels que les frais de déplacement).

Ailleurs, la population s'est parfois réunie pour constituer des groupes d'utilisateurs ayant le statut juridique d'association (par exemple à Madagascar) ou de fondation (caisses communautaires d'assurance-maladie en Ouganda, au Kenya et en Tanzanie). Les membres de l'organisme de cogestion sont alors élus à partir de ces groupes ou associations. Les organisations prennent des décisions concernant les activités communautaires de santé à soutenir et à financer grâce aux contributions des membres.

Ce qu'on attend de ces organismes de cogestion est souvent très exigeant⁶⁷. Les tâches qui leur reviennent le plus fréquemment sont les suivantes :

- organiser et planifier les activités du service de santé ;
- discuter et prendre des décisions en ce qui concerne les recettes et les dépenses d'une part, les contributions à fournir par la population locale d'autre part ;
- discuter de la qualité des services ; les éventuelles primes payées au personnel de santé doivent être définies et modifiées par cet organisme ;
- discuter des plaintes concernant le personnel et des problèmes de discipline, et chercher des solutions pouvant être proposées à l'équipe-cadre du district.

'Health Service Boards' en Tanzanie

Les 'Health Service Boards' sont, au niveau du district, de nouvelles structures permettant aux collectivités de participer à la définition des priorités et d'assumer des responsabilités dans le domaine de la santé.

Ils sont composés de membres élus et de membres proposés par les collectivités.

Les ressources financières et humaines sont leurs principaux domaines de responsabilité.

Toutefois, leur mise en œuvre est très lente et les avantages qu'ils procurent ne sont pas immédiatement évidents dans la mesure où ils utilisent des fonds considérables pour les indemnités et le transport.

Le renforcement des capacités humaines aux niveaux les plus bas semble être la condition préalable la plus importante pour une participation efficace.

⁶⁷ Il semble que les bailleurs de fonds externes, en particulier, accordent une grande importance aux organismes de cogestion qu'ils rapprochent des concepts occidentaux de démocratie. Mais souvent, cette compréhension va à l'encontre des considérations culturelles et politiques locales.

Cogestion au niveau du district de santé : Approche conceptuelle

Exemple du Togo

Au Togo, des efforts visent à regrouper les organismes de cogestion existant au niveau du district en 'associations de santé'. Cela en ferait de véritables partenaires de l'équipe-cadre du district sur le plan juridique et permettrait à l'administration centrale de transférer progressivement à ces organismes l'autorité concernant les postes et la répartition du personnel de santé.

Dans ce modèle, la réglementation par contrat des relations entre les établissements de santé publics (ou privés), leur personnel et les représentants de la population et / ou l'association de santé constituant l'organisme de cogestion est particulièrement importante.

La mise en place du modèle se fait en trois phases :

1. Elaboration d'une politique générale
2. Création du cadre juridique et législatif nécessaire :
 - création, au niveau national, d'une unité de contrôle
 - rédaction des autorisations écrites pour les directeurs des structures de santé ;
 - élaboration d'un guide méthodologique pour la conception et la rédaction des contrats.
3. Lancement :
 - formation des responsables de l'administration sanitaire ;
 - création de comités de surveillance au niveau de la région ou du district pour l'élaboration des contrats ;
 - soutien des structures contractantes par rapport à l'administration sanitaire ;
 - évaluation un an après la signature du contrat ;
 - lignes directrices pour la mise au point et l'adaptation ;
 - décret ministériel avec lignes directrices modifiées.

Il faut cependant préciser que peu d'organismes disposent du personnel dont ils ont besoin pour exécuter toutes ces tâches. L'adoption de mesures de renforcement des ressources humaines constitue donc une priorité de premier ordre.

Cogestion au niveau du district

Au niveau du district et dans les hôpitaux, il faut créer des organismes de cogestion généralement appelés « Comités

consultatifs des questions administratives » pour assurer l'efficacité de la co-administration. Mais dans la réalité, cela est souvent difficile car le cadre politique et juridique nécessaire à leur création existe rarement. Par contre, il est possible de créer ces organismes dès lors que les hôpitaux de district bénéficient d'une autonomie administrative garantie par les réformes du secteur de la santé, ou dès lors que les districts ont été décentralisés. Il importe de faire participer tous les groupes et organisations concernés à la rédaction des statuts des « Comités consultatifs des questions administratives » : représentants élus, maires et/ou membres des conseils locaux, personnel du service de santé, organes de gestion du district et de l'hôpital, représentants des ONG et de la collectivité locale, etc. Un exemple est donné par l'hôpital Bè à Lomé, Togo (voir encadré de la page précédente).

La supervision assurée par l'équipe-cadre du district doit également couvrir les comités consultatifs et les comités de cogestion. Cela peut provoquer des conflits d'intérêt entre le personnel du service de santé public et les représentants de la collectivité locale. On rencontre ce genre de conflits surtout dans les systèmes de santé centralisés où les cadres ont peu de liberté d'action et de négociation et où ils sont tenus, par des directives centrales, de mettre en œuvre la politique de santé nationale. Un système de santé décentralisé peut offrir des perspectives à ce niveau et par conséquent favoriser la participation communautaire, plus proche du groupe cible et plus axée sur la résolution de problèmes.

Dans certains pays, les ONG qui se sont spécialisées dans la promotion et le soutien des initiatives locales d'entraide conseillent les « Comités de santé » et les collectivités locales. Le financement est généralement assuré par des bailleurs de fonds internationaux. La composition et la liberté d'action de l'organisme de cogestion sont des questions importantes à débattre dans les conseils organisationnels des ONG.

3. Activités communautaires liées à la santé

Toutes les mesures de santé pouvant être classées comme des mesures préventives primaires et secondaires ou comme des services curatifs ne peuvent être efficaces à long terme que si elles

sont mises en œuvre par la collectivité locale elle-même. L'importance et la réussite de ces mesures dépendent du contexte socioculturel et de l'engagement sociopolitique et personnel des membres de la collectivité et de leurs leaders, ainsi que du soutien apporté par le secteur politique et les services de santé.

Les groupes locaux de théâtre, de danse et de musique...

...existent depuis longtemps, surtout dans les zones rurales où ils sont très répandus. Les spectacles sont souvent liés à des questions d'actualité.

En 1998, des experts en spectacles dramatiques ont effectué une enquête dans les villages de la région de Tanga, en Tanzanie, et ont découvert une trentaine de groupes tellement doués que ces groupes ont été choisis pour suivre une formation spéciale aux techniques du théâtre pour le développement.

Le théâtre pour le développement utilise la présentation sur scène de problèmes d'actualité tels que le VIH / SIDA pour faire participer les spectateurs et les inciter à prendre part à une discussion publique du problème. Cette technique est enseignée, par exemple, au collège classique de Bagamoyo (Tanzanie).

Des activités communautaires courantes sont par exemple :

- travaux de maintenance et de réparation des points d'eau, des puits et des fontaines d'eau potable ;
- évacuation des eaux usées et des déchets solides domestiques ;
- adoption et contrôle de mesures d'hygiène générale telles que les toilettes publiques ;
- soins prénatals par des sages-femmes communautaires ;
- soins pour les pauvres et les défavorisés (y compris les mères célibataires) ;
- soins des victimes de maladies chroniques (TB, SIDA, lèpre, etc.) ;
- travaux éducatifs au moyen de matériel audiovisuel, par exemple avec les groupes d'expression dramatique.

Certaines de ces activités peuvent être organisées et financées dans le cadre de programmes d'entraide pour la création d'emplois et peuvent ainsi contribuer à réduire la pauvreté (par exemple lorsque des associations paient sur des fonds communautaires des



Un spectacle donné par un théâtre de développement dans un village de Tanzanie

personnes chargées d'effectuer les travaux communautaires mentionnés plus haut).

D'autres activités très profitables peuvent être réalisées en accord avec les services sanitaires et sociaux (et les bureaux d'autres secteurs) :

- activités ciblées en faveur de la jeunesse (formation professionnelle, lutte contre le SIDA et les MST, planification familiale) ;
- soutien aux services de planification familiale ;
- soutien financier des auxiliaires communautaires (par exemple pour les mesures préventives) ;
- appui à des campagnes ciblées (par exemple pour lutter contre la malaria, la bilharziose, la dracunculose).

Dans le cadre des organismes ou des associations de cogestion, les représentants de la collectivité ont un rôle particulier à jouer, en ce qui concerne notamment la prise en charge (partielle ou totale) des utilisateurs qui n'ont pas les moyens de recourir aux services (voir également le chapitre 2 - « Planification et gestion »).



Robinetts et latrines publics

La construction de robinets et de latrines dans le quartier à forte densité de population de Bè, à Lomé (Togo), et leur gestion par des associations locales, se sont révélées être une mesure de réhabilitation lucrative. L'utilisation des toilettes et l'accès à l'eau potable sont payants pour ceux qui n'étaient pas raccordés à l'eau. Cette mesure a considérablement contribué à vaincre les maladies diarrhéiques endémiques, y compris le choléra.

Le coût modéré des investissements (construction, raccordement au réseau de distribution d'eau, formation à la gestion) a été essentiellement pris en charge par la GTZ. Les associations étaient chargées d'entretenir les installations. Le surplus de recettes a permis d'investir dans d'autres mesures (par exemple l'installation de fontaines d'eau potable ou la construction d'un centre communautaire) et par conséquent de créer des emplois.

La coopération avec le service public d'approvisionnement en eau (prix subventionné) et avec des entreprises du secteur privé (utilisation de camions de pompage) n'a toutefois pas été facile.

(Photo : Lomé/Togo)

Dans les années 1980 et 1990, en réponse à la stratégie des soins de santé primaires, les agents de santé villageois ont reçu une formation rudimentaire qui leur a permis de travailler dans les postes sanitaires villageois. Malheureusement, les performances de ces agents de santé villageois et la durabilité des services n'ont pas répondu aux attentes. La plupart n'avaient pas les connaissances médicales nécessaires et la supervision laissait à désirer. Compte tenu des coûts élevés de cette mesure, la nomination d'agents de santé villageois a de plus en plus été remise en question. Aujourd'hui, le recours aux agents de santé villageois ne semble approprié que dans certaines circonstances. Cependant, la promotion de sages-femmes traditionnelles a été utile dans de nombreux pays où cette approche a été une réussite.

Les agents de santé communautaires peuvent être utiles en cas de...

- mauvaise accessibilité géographique et / ou culturelle ;
- demande et engagement avérés de la part de la collectivité (ou du village) ;
- rémunération par la collectivité, indépendante des ressources externes et garantie à long terme ;
- définition précise des rôles et d'un partage rationnel des responsabilités ;
- supervision garantie par le personnel du service de santé.

Parmi les sponsors potentiels des activités communautaires liées à la santé, il faut citer des individus engagés, les écoles et les initiatives soutenues par l'Église et les ONG.

Les services de santé peuvent soutenir les activités communautaires de différentes façons :

- en proposant des idées aux comités de santé et en leur donnant des conseils ;
- en organisant des manifestations conjointes d'éducation et de formation ;
- en offrant des conseils permanents pendant la supervision.

4. Participation au financement des services de santé

Organismes d'entraide

Toutes les cultures disposent de divers systèmes d'épargne traditionnels comptant souvent de 20 à 100 membres. Leur objectif est généralement d'assurer une aide pour faire face à de grosses dépenses (par exemple naissance, mariage, maladie, décès). Dans certaines associations d'épargne, les membres sont autorisés à dépenser une certaine somme pour acheter ce qu'ils veulent (par exemple, les « tontines » en Afrique occidentale).

Ces organismes d'entraide peuvent être importants pour les services de santé dans la mesure où ils offrent aux membres la possibilité financière de se faire soigner au cas où ils tomberaient gravement malades. Si le principe de participation aux coûts des soins de santé a été adopté, il est souhaitable d'examiner ces organismes d'épargne traditionnels en fonction de leur capacité de rendement, de leur niveau d'acceptation et de leur transférabilité.

Dans les zones urbaines, le secteur privé peut représenter une autre source de financement. Parmi les sponsors potentiels, on

Lorsque la participation ne marche pas...

l'expérience malgache (2002)

Les efforts visant à faire participer la collectivité aux coûts et à l'administration des soins de santé n'ont pas abouti :

- en raison du manque de temps et d'intérêt de la part des membres de la collectivité ;
- mais également en raison des coûts d'opportunité pour les membres actifs, coûts qui ont fait obstacle à leur engagement à long terme.

Les actions arbitraires de l'Etat ont, elles aussi, engendré un sentiment de frustration.

- La responsabilité des associations de santé cogérantes a soudainement été modifiée sans préavis.
- L'argent recueilli a servi à autre chose que ce qui avait été prévu.
- La politique nationale concernant les médicaments et le financement a été modifiée.

La population s'est sentie frustrée et s'est retirée. Les associations de santé se sont dissoutes ou ont cessé leurs activités au bout de 3 à 5 ans.

peut citer certaines multinationales telles que Shell ou Total pour la lutte contre le SIDA ou des organismes de bienfaisance (Lions Club, Rotary Club, Inner Wheel), présents dans la plupart des villes africaines.⁶⁸

Mécanismes de participation aux dépenses

Ces dernières années, de nombreux pays ont adopté des mécanismes de participation aux coûts dans le cadre des réformes du système de santé. Il est fréquent que les coûts des médicaments soient partagés (formule adoptée en vertu de l'Initiative de Bamako)⁶⁹ alors que la collectivité ou un groupe d'utilisateurs locaux gère la pharmacie du village au poste de santé.

Pour plus de détails sur les autres modèles de participation aux coûts, ainsi que sur leurs avantages et leurs inconvénients, voir le chapitre 6 - « Coûts et financement ». Dans le présent chapitre, il s'agit simplement d'attirer l'attention sur certains faits élémentaires qu'il faut garder à l'esprit lors de l'introduction du principe de participation aux coûts dans le secteur de la santé.

- Lorsqu'on adopte le principe de la tarification des services, la collectivité doit participer dès le début à la discussion et aux prises de décisions concernant cette question et l'utilisation des recettes.
- Les recettes doivent être gérées au niveau local et l'utilisation des fonds disponibles doit être décidée localement (au moins en partie), dans le cadre défini par le district.
- Les droits et les obligations de la collectivité locale et du personnel des services de santé doivent être clairement définis par écrit et être officiellement approuvés.

⁶⁸ A Lomé, par exemple, il y a 4 Rotary Clubs, 5 Lions, 1 Inner Wheel, 2 Soroptimist, 1 Zonta, dont chacun compte de 30 à 50 membres provenant des classes aisées, surtout des personnalités des milieux d'affaires. Il y a environ 100 ans, la première action du Rotary Club a été de financer des latrines publiques à Chicago. La Rotary Foundation double la participation des associations locales qui coopèrent avec d'autres associations, d'Europe ou des Etats-Unis, par exemple.

⁶⁹ « L'Initiative de Bamako » est née dans la capitale malienne en 1987 et a été adoptée par un certain nombre d'Etats entre 1987 et 1990. Son but est d'aider les services de santé africains à avoir une base financière plus stable en faisant en sorte que la population participe aux coûts des médicaments. En contrepartie, l'Initiative prévoit la participation de la population à l'administration et à l'utilisation des recettes de la vente de médicaments.



Un guérisseur traditionnel dans sa case au village (Tanzanie)

Malheureusement, l'expérience montre, plus particulièrement en ce qui concerne les finances, qu'il est très difficile d'appliquer un système de cogestion efficace et durable. Les raisons en incombent à l'administration publique et aux collectivités.

5. Hypothèses de participation communautaire

La participation communautaire a toujours été considérée comme un facteur extrêmement important de développement au sens le plus large, mais elle a rarement été efficace. On s'est peu efforcé de trouver les véritables raisons de cet état de fait car il s'agit d'un phénomène social complexe.

Les ressources humaines et les conditions institutionnelles de cogestion opérationnelle varient énormément d'un pays à l'autre. Dans certains pays, les ONG sont puissantes et politiquement actives et elles n'ont pratiquement pas besoin de soutien et de conseils externes alors que dans d'autres, les organisations d'entraide et les initiatives de cogestion sont très peu nombreuses. La participation communautaire et les organisations d'entraide sont limitées, dans ce cas, par le manque de capacité à mettre le concept en œuvre, aussi bien de la part des collectivités que de celle du personnel des services de santé. Il est souvent nécessaire de s'investir auprès de toutes les parties concernées sous la forme de formations et de soutien du processus de participation démocratique. Cela prend du temps et est coûteux et c'est ce qui explique en grande partie les échecs passés.

Le concept de participation communautaire va donc bien au-delà du secteur de la santé. Il suppose en effet un « investissement » dans le potentiel de développement général des parties concernées (favorisant de la sorte une plus grande participation des organisations, des groupes et des particuliers en général) et dans le processus de prise de décisions politiques. Pour aboutir, ce processus part du principe que les décideurs nationaux ont la volonté politique de réussir. Les ressources nécessaires ne sont pas toujours disponibles ou ne sont pas toujours considérées comme prioritaires par les décideurs. L'assistance technique externe ne doit être disponible que pendant une période limitée, voire par intermittence. La durabilité de l'approche dépend de la volonté politique et de la création et de l'utilisation de l'expertise locale.

Le risque de surexploitation des possibilités de la collectivité en termes de temps et de ressources constitue un autre point critique de la participation communautaire. Les administrations publiques et les organisations internationales de coopération pour le développement comptent maintenant sur le principe d'entraide ou sur la participation de la population locale dans pratiquement tous les secteurs concernés par le développement : éducation, agriculture, entretien de l'infrastructure, par exemple les routes, les canaux d'irrigation, etc. La participation est posée comme une condition à la coopération. Ainsi, les parties concernées peuvent se trouver confrontées à tellement de tâches d'entraide en plus de leurs activités habituelles qu'elles ne peuvent plus espérer tenir leurs engagements. Dans chaque cas, il faut soigneusement étudier la situation concrète de la population avant de faire des demandes à la collectivité locale et tenir compte de ses attentes.

L'expérience prouve que les administrations publiques, les districts et les organisations internationales de coopération pour le développement ne doivent appuyer que les approches pour lesquelles les conditions d'une mise en œuvre durable sont remplies. Au niveau local, cela suppose avant tout l'existence de personnes compétentes et la volonté de la part de la collectivité de jouer un rôle actif.

Il faut ensuite que les conditions cadre existent. La faisabilité politique, les textes législatifs à élaborer et les éventuels investissements nécessaires avant ou pendant le processus prévu de participation communautaire doivent être examinés. Cet examen doit inclure une étude socio-économique préliminaire et une clarification des options juridiques et des restrictions concernant la participation de la collectivité et des organisations d'entraide, ainsi qu'une évaluation des règlements existants.

Ce n'est que lorsque ces conditions cadre sont remplies par l'Etat et que les ressources sont garanties pour un engagement à long terme, ou que lorsque la volonté politique de libérer des fonds à cette fin existe, qu'on peut consentir les efforts nécessaires à l'adoption des structures de cogestion. Il n'y a rien de pire, pour le développement à long terme, qu'une population locale qui a été instrumentalisée ou dont les attentes ont été déçues, car cela mène à la résignation.

Sources d'informations complémentaires

- Abel Smith, B., Duja, A. (1988) Community-financing in developing countries : the potential for the health sector. *Health Policy and Planning* 3 (2) : 95-108.
- Bennet, S., Mills, A. (1998) Government capacity to contract : health sector experience and lessons. *Public Administration and Development* 18 : 307-326.
- Gilson, L. (1997) The lessons of user fee experience in Africa. *Health Policy Plan.* 12 (4) : 273-285.
- Bennet, S. (1999) Reforming State Capacity : the demands of health sector reform in developing countries. In Mills A. *Reforming Health Sectors*, London, Kegan Paul (in press) : chapter 4 : 81-102.
- Bichmann, W., Rifkin, S. (1990) Monitoring and Evaluation of Community Involvement in Health, Institut für Tropenhygiene und Öffentliches Gesundheitswesen, Heidelberg.
- Carrin, G., Jancloes, M., Perrot, J. (1998) Towards new partnership for health development in developing countries : the contractual approach as a policy tool. *Trop. Med. Int. Health*, 3 (3) : 512-514.
- Centre International de l'Enfance (1990) *La Santé communautaire - Concepts/Actions/Formation*, Paris.
- Gilson, L., Mills, A. (1995) Health Sector reform in sub-Saharan Africa : lessons of the last ten years. *Health Policy*, 32 : 215-243.
- Green, A. (1999), *Health Planning in Developing Countries*, New York, Oxford University Press.
- Katzan, J., Soumah, C., Marx, M. et al. (1992) *Etude socio-culturelle des populations des préfectures de Kissidougou et Géckédou/ Guinée*.
- Körngen, H. (1990) *Heilen in der Dorfgemeinschaft*, DED. Reimer Verlag
- Massina, P., Ahawo, A., Wottor, Y. (2000) *Préparation au renforcement de la structure juridique des comités de gestion. Rapport final. GTZ/SCAC/Banque mondiale*, Togo
- McPake, B., Hanson, K., Mills, A. (1993) Community Financing of health care in Africa : An evaluation of the Bamako Initiative. *Soc.Sci Med.* 36 (11) : 1383-1395.
- Ministère de la Santé Madagascar/Organisation mondiale de la santé 1999. *Le partenariat dans le développement des services de la santé. La stratégie de l'approche contractuelle. Rapport d'atelier organisé à Antsirabe du 29.09 au 1.10.1998*, Antananarivo.

- Perrot, J., Adams, O. (2000) Applying the contractual approach to health services delivery in developing countries. A discussion paper, OMS, Genève : 1-17 (non publié).
- Rifkin, S. (1986) Lessons from community participation in health programmes, *Health Policy and Planning*, 1 : 240-249
- Schwefel, D. (1987) Soziale Wirkungen von Projekten in der Dritten Welt, DES, Nomos-Verlagsgesellschaften.
- Saltman : RB 2000 : Dimensions of citizen involvement in health care. *Eurohealth* 6 (1) : 22-29.
- Senant, P., Rasoloarison, C., Kirsch-Woik, T., Hacem, M. : 1998. L'approche contractuelle : outil de développement sanitaire dans la province de Mahajanga, Madagascar. Document technique présenté à la réunion de l'OMS : „Towards new partnerships for health development in developing countries: the contractual approach as a policy tool“, Genève, 4-6 février, 1998.
- Van Balen, H. (1986) Health and Community, Working Paper NR. 15, Tropical Institute Antwerp.
- OMS (1997) L'approche contractuelle : nouveau partenariat pour la santé dans les pays en développement. Série Macroéconomie, santé et développement, No. 24. WHO/ICO/MESD.24 (Original : français).

9 . Services techniques et maintenance

par Hans Halbwachs & Oberlin Kisanga

1. Contexte
2. Concept
3. Système de maintenance
4. Approvisionnement en énergie et en eau
5. Gestion des transports
6. Evacuation des déchets
7. Coûts et financement
8. Gestion de la qualité



Les outils dans un atelier de maintenance hospitalière (Tanzanie)

1. Contexte

Dès 1987, l'OMS déclarait⁷⁰ que le retard technologique des soins de santé dans la plupart des pays en développement était tel qu'une intervention urgente était nécessaire. Compte tenu de la valeur énorme de l'infrastructure et de l'équipement, on considère maintenant que les coûts de la technologie des soins de santé relèvent des « coûts de développement » dont un fort pourcentage est généralement supporté par des sources externes. L'évaluation des besoins technologiques a généralement entraîné l'achat de grosses quantités d'équipements et de matériels modernes et en cas de pannes d'équipements, on demandait de nouveaux appareils au lieu de faire réparer les équipements en panne par des techniciens locaux. De toute évidence, la maintenance n'a pas de tradition dans la plupart des pays africains.

Mais quelques pays ont fait des progrès considérables quant au développement d'un souci de la maintenance. Comme dans bon nombre d'entre eux les réformes majeures du secteur de la santé visent à améliorer l'efficacité des services, la nécessité de la maintenance et d'une technologie appropriée (dont cette efficacité dépend) s'est imposée. Certains pays ont créé des unités de maintenance au sein de leur ministère de la Santé et ont adopté des programmes nationaux de maintenance (par exemple le Malawi, le Cameroun, le Burkina Faso, la Guinée).

Dans les documents, y compris les documents directifs, l'OMS et d'autres institutions spécialisées utilisent les termes *Healthcare Technology Management - HTM* (gestion de la technologie des soins sanitaires) et *Physical Assets Management - PAM* (gestion des biens corporels) dans un sens plus fondamental et stratégique.

Nous utiliserons *PAM* pour décrire les activités au niveau national. Au niveau du district, nous préférons utiliser l'expression *Services techniques et maintenance* afin de souligner les aspects plus opérationnels de cette question.

⁷⁰ Dans « Global Action Plan on Management, Maintenance and Repair of Healthcare Equipment », OMS, 1987

2. Concept

Objectifs

Dans le secteur de la santé, les services techniques et la maintenance sont des services de soutien qui visent à assurer la disponibilité continue d'équipements liés aux soins médicaux, à l'approvisionnement en énergie, à l'évacuation des déchets, aux transports et à l'infrastructure générale.

De nombreux pays négligent de prendre les services techniques et la maintenance en considération dans leurs travaux de planification. Mais les ressources de plus en plus réduites et les réformes en cours font que la maintenance est de plus en plus reconnue comme un facteur important de rationalisation des services de soins de santé.

Approche méthodologique

Les services techniques et la maintenance ne sont pas de nature purement technique. On les considère plutôt comme des services de gestion qui constituent un système de soutien englobant tous

Le PAM (Gestion des biens matériels) au Malawi

Le Physical Assets Management (PAM) est un programme national qui crée des systèmes et des structures de gestion et de maintenance des biens corporels à tous les niveaux du secteur de la santé.

L'unité de planification et de coordination fait partie intégrante du ministère de la Santé. Un logiciel de planification et de gestion des inventaires a été développé. Des lignes directrices pour la création d'ateliers de maintenance au niveau du district sont disponibles. Les systèmes de maintenance des districts bénéficient d'une assistance technique à condition qu'un technicien qualifié soit disponible et quand l'équipe-cadre du district prouve son intérêt pour la maintenance.

En 2002, dans onze districts sur vingt-sept, l'hôpital de district disposait d'un atelier de maintenance. Dans neuf autres districts, la création d'ateliers est prévue et le financement est assuré par les bailleurs de fonds.

les niveaux opérationnels du système de soins de santé. Cela suppose :

- la prise en considération de la maintenance dans la planification et la communication d'informations à tous les niveaux opérationnels,
- la participation de tous les agents de santé à tous les niveaux opérationnels,
- la cohérence entre le niveau primaire et les niveaux de référence,
- la prise en charge des coûts et l'existence d'un contrôle financier,
- la supervision comprise comme un appui-conseil,
- la recherche opérationnelle.

Au *niveau national*, il faut préparer une politique et élaborer des concepts de gestion des biens corporels (PAM), ainsi que des lignes directrices opérationnelles pour les services techniques à tous les niveaux du système de santé. Le développement de la maintenance ainsi que la formation des décideurs et du personnel technique doivent être organisés et budgétisés.

Au *niveau régional*,⁷¹ il faut créer un atelier répondant à des normes techniques élevées. Le rôle de cet atelier est d'effectuer les réparations les plus complexes ou d'autres tâches opérationnelles dans tous les districts.

Au *niveau du district*, des ateliers plus modestes, rattachés aux hôpitaux de district, assurent les services de maintenance et les services techniques de base. La planification et la budgétisation des activités techniques dans le district entier ne doivent oublier aucun domaine et prendre en considération comme principales composantes :

- l'approvisionnement en énergie et en eau,
- la maintenance préventive des infrastructures (bâtiments, équipements, installations),
- la gestion des transports,
- la gestion des déchets.

⁷¹ Dans certains pays, il existe le niveau de la « zone » (suprarégional) qui regroupe plusieurs régions.

Participation du secteur privé

La politique mixte public/privé, qui a prouvé qu'elle présentait de gros avantages dans les services curatifs, peut également être adoptée dans le domaine de la maintenance technique. Dans de nombreux pays africains, des organismes bénévoles ou des fournisseurs commerciaux ont créé des services techniques et de maintenance fiables qui, dans certains cas, viennent renforcer les services publics.

L'expérience montre que là où les ressources sont limitées [Halbwachs 2000], une répartition bien équilibrée entre services de maintenance et de réparation internes et privés donne des résultats satisfaisants aussi bien sur le plan technique que sur le plan financier. Dans les établissements publics comme dans les établissements privés, il est nécessaire de disposer de services internes pour faire face aux besoins simples, fréquents et quotidiens. La sous-traitance est donc indiquée pour les services moins fréquents ou plus complexes.

3. Système de maintenance

Aspects généraux de la mise en œuvre

La maintenance ne peut être perçue comme une activité isolée ; il faut au contraire l'intégrer et l'organiser dans le système national de prestations sanitaires. Le niveau central reste responsable de la définition de la politique générale, édicte les grandes lignes directrices, coordonne les activités et surveille la qualité. Certaines activités sont décentralisées au niveau régional ou transférées aux districts. C'est pourquoi les ateliers des services techniques et de maintenance du secteur de la santé sont mieux situés dans les établissements sanitaires de district ou de région qu'attachés au Ministère.

Au niveau du district, la maintenance et les réparations doivent être intégrées à la gestion. Toute insuffisance au niveau de la gestion du personnel, de la gestion financière ou de la gestion logistique a automatiquement une incidence sur les activités de maintenance et de réparation, car ces dernières sont étroitement liées aux différents domaines de la gestion. Cela vaut également pour la gestion des hôpitaux et pour le niveau régional.

Les étapes de base concernant la mise en œuvre d'un système de maintenance sont les suivantes :

- élaboration du concept et définition des rôles aux différents niveaux,
- identification et recrutement des ressources humaines de maintenance (techniciens ou agents de santé spécialement formés) à tous les niveaux, dans le cadre du système existant,
- création d'ateliers primaires dans les hôpitaux de district et d'ateliers secondaires au niveau provincial/régional,
- création d'un système informatique de maintenance fonctionnel dans le cadre du système informatique de gestion de la santé.

Maintenance corrective et préventive

La réparation de l'équipement médical et non-médical ainsi que des infrastructures et des moyens de transport sont considérés comme maintenance corrective. Mais la maintenance ne se limite pas aux travaux de réparation. Elle joue un rôle important dans la réduction des pannes imprévues et des coûts de réparation qu'elles entraînent. Ces travaux préventifs constituent ce qu'on appelle la *maintenance préventive systématique (MPS)*.

Les principaux éléments du concept de MPS sont :

- les contrôles périodiques (y compris les tests de sécurité),
- la maintenance périodique (y compris l'étalonnage),
- l'analyse des données de maintenance permettant de réagir de manière appropriée face à des situations indésirables.

Les activités de contrôle et de maintenance sont exécutées selon un calendrier fixe, sur la base de listes de contrôles et de procédures spécifiques. Les contrôles sont censés déterminer si l'état actuel d'une fonction technique diffère ou non de l'état prévu. La MPS a pour objectif d'empêcher l'usure et les pannes prématurées (par exemple, en veillant à la propreté et au bon étalonnage du matériel thérapeutique, à la présence de joints étanches, etc.). Elle permet par conséquent de réduire considérablement les coûts de réparation. Une des grandes priorités de la maintenance est de garantir la sécurité du matériel, en particulier la sécurité électrique.

Ces activités visent à identifier toute anomalie d'un type donné de matériel. Si, par exemple, le groupe électrogène (de secours) tombe fréquemment en panne, cela peut être dû à une erreur

récurrente de l'opérateur et il suffit, pour résoudre le problème, d'attirer l'attention de la personne concernée sur le problème et de modifier les consignes d'utilisation en conséquence.

A ces mesures doit venir s'ajouter une *formation appropriée des utilisateurs*⁷² à l'utilisation du matériel médical. Les utilisateurs doivent effectivement apprendre à connaître les fonctions de base de ces équipements et à s'en servir correctement. Cela permet d'une part d'éviter les pannes dues à des erreurs de manipulation, et d'autre part, de garder les équipements en bon état. Dans ce dernier cas, il s'agit essentiellement d'assurer une maintenance mineure et des activités de nettoyage. Toutefois, les barrières sociales empêchent souvent le personnel médical de nettoyer lui-même le matériel qu'il utilise. Dans ce cas, il peut être souhaitable de prévoir du personnel de nettoyage ayant reçu le surcroît de formation nécessaire.

Maintenance ou bâtiments neufs ?

La maintenance est de plus en plus reconnue comme une tâche importante, au même titre que la construction de bâtiments neufs.

Toutefois, en pratique, l'allocation des fonds ne correspond pas encore à cette tendance. Au niveau central comme au niveau du district, les budgets pour la construction sont considérables, mais la maintenance bénéficie toujours d'un soutien très limité.

En Afrique, des pratiques récentes indiquent un changement de la politique de santé concernant la maintenance : les départements de construction demandent sur une base contractuelle à des entreprises privées locales de réparer et de rénover les vieux bâtiments. En plus, on demande aux bailleurs de fonds de compléter ou de remplacer l'équipement.

En tant que système axé sur la prévention, la MPS doit en principe contribuer à ramener les réparations à un niveau d'intervention à la portée des techniciens internes et des gens de métier.

⁷² Guide de formation selon Halbwachs et Wehrlein, 1993

Enquête initiale et inventaire

Il est indispensable d'effectuer une évaluation systématique du niveau de développement du secteur de la maintenance avant de prévoir la mise en place d'un nouveau système de maintenance. Pour cela, on peut utiliser les « Protocols for the Appraisal of Physical Assets Management in Health Services in Developing Economies » (protocoles d'évaluation de la gestion des biens corporels dans les services de santé des pays en développement) – PAD⁷³. Cette méthode comprend des listes de contrôle standardisées, accompagnées de formules d'évaluation définissant la qualité des différents éléments à examiner. Elle comprend également des lignes directrices facilitant l'interprétation des résultats. Toutefois, la méthode PAD ne peut pas remplacer un inventaire systématique.

Il est absolument indispensable de disposer de données sur les inventaires des biens corporels pour planifier l'organisation de la maintenance et, bien sûr, pour planifier la gestion financière. Les documents doivent préciser l'année de fabrication, l'année d'achat, le numéro de série et l'état de fonctionnement des équipements. Ces données doivent être actualisées à intervalles réguliers et vérifiées lors des visites de contrôle.

La maintenance dans l'hôpital de district

D'une manière générale, l'atelier de maintenance du district doit être situé dans l'hôpital de district ou à proximité, dans la mesure où c'est dans cet établissement que les besoins de maintenance sont les plus grands. Cet atelier doit assurer la maintenance de tous les établissements de santé du district et il doit disposer de l'équipement nécessaire pour effectuer les contrôles et les travaux de maintenance systématiques, ainsi que des réparations simples, dans plusieurs secteurs.

L'équipement de l'atelier – machines de base, outillage manuel et stock élémentaire de consommables d'une valeur d'environ 10 000 USD⁷⁴ – doit permettre d'effectuer :

- des travaux d'électricité,
- des travaux mécaniques (y compris de plomberie),
- des travaux de soudage,

⁷³ Halbwachs, 1996

⁷⁴ Selon Halbwachs/Issakov, 1994

Atelier de maintenance dans le district de Kissidougou (Guinée)

Les objectifs suivants ont été définis :

- maintenir la valeur des investissements effectués dans le district,
- assurer la continuité des services fournis,
- réduire le nombre de pannes grâce à un entretien préventif.

Les tâches et responsabilités de l'atelier incluent :

- le contrôle et l'entretien d'appareils simples,
- les réparations simples (maçonnerie, électricité, peinture, par exemple),
- la formation des opérateurs,
- la réception des équipements neufs,
- le suivi des entrepreneurs,
- la mise en place d'installations appropriées pour l'approvisionnement en eau et l'évacuation des déchets solides.

Evolution organisationnelle :

- Après 1992, une approche commerciale a été adoptée de manière à impliquer un plus grand nombre de ressources locales (main-d'œuvre et entrepreneurs privés, par exemple).
- Un fonds renouvelable (don initial de la GTZ) et un système de tarification ont été mis en place.
- Certains services de base ont été sous-traités à des techniciens / mécaniciens au niveau des centres de santé. Cette solution s'est révélée moins coûteuse et plus durable.
- Le nombre de demandes d'assistance qui ont pu être satisfaites est passé de 170 en 1992 à 690 en 1996. 83% de ces demandes provenaient du secteur public de la santé et 17% du secteur privé.

- des travaux d'électronique, y compris sur l'équipement médical,
- des travaux de grosse menuiserie,
- des travaux mineurs de peinture et de maçonnerie.

Les travaux de maintenance et de réparation automobiles peuvent aussi faire partie des tâches à effectuer, mais seulement si le secteur privé n'offre pas de services de qualité suffisante.

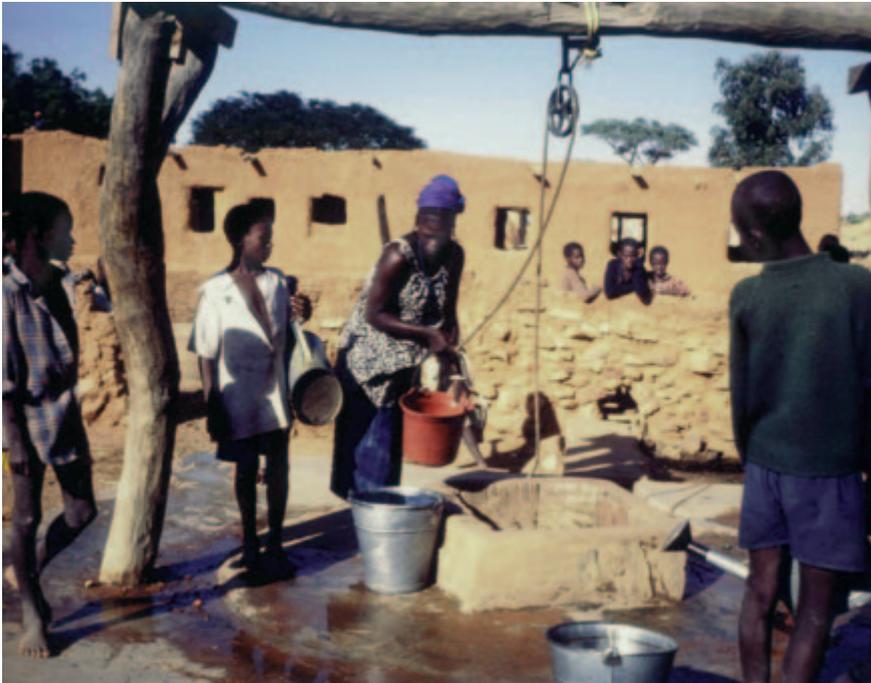
Etant donné qu'au niveau du district (et encore davantage au niveau régional) un atelier doit servir les établissements de santé

de niveau inférieur tout autant que les hôpitaux, il faut également prévoir les possibilités de transport. Cela ne veut pas dire qu'il est nécessaire d'acquérir un véhicule réservé aux travaux de maintenance. Normalement, une bonne gestion du parc automobile disponible et l'utilisation des transports publics devraient suffire aux besoins de déplacement des techniciens.

L'idée d'ateliers mobiles ne peut pas être recommandée en raison de l'importance des coûts subséquents, comme le montrent de nombreuses études de faisabilité et études de projets (par la GTZ, notamment).

La maintenance dans les centres de santé et les dispensaires

L'atelier situé dans l'hôpital de district, et son technicien en chef, doivent organiser les activités techniques des services de santé dans



La maintenance des services de santé doit traiter aussi les canalisations locales et les sources d'eau de la commune (Mali)

l'ensemble du district. Un programme de maintenance systématique doit être préparé et adapté aux besoins et à la situation particulière de chaque service. En plus des travaux de réparation récurrents, ce programme prévoit des contrôles réguliers (similaires aux contrôles des services médicaux), la participation et la coordination de spécialistes locaux, ainsi que l'offre d'informations et de formations appropriées.

Le personnel du centre de santé joue un rôle actif et important au sein de ce système car il doit aider à entretenir les équipements et doit également effectuer des réparations mineures. Dans la mesure du possible, un membre du personnel par unité doit être nommé « agent de maintenance » et doit suivre une formation en conséquence (le personnel auxiliaire convient souvent pour assumer ces tâches). Il importe ici de faire preuve de beaucoup de tact et de ménager les susceptibilités du personnel⁷⁵. Les contrôles réguliers doivent être utilisés pour apporter une aide soutenue aux agents de maintenance.

Pour le personnel des centres de santé et des dispensaires, les principales activités de maintenance comprennent :

- la maintenance préventive, y compris : le contrôle régulier, la bonne utilisation, le bon stockage et le nettoyage/l'entretien régulier ;
- les réparations mineures ;
- la communication d'informations au niveau de maintenance suivant.

A ce niveau, les travaux d'entretien ou de réparation portent sur :

- les bâtiments (toitures, portes, fenêtres, etc.),
- le mobilier,
- l'éclairage et l'électricité,
- l'approvisionnement en eau,
- la réfrigération,
- les appareils de laboratoire,
- la stérilisation.

⁷⁵ Très souvent, les membres du personnel de santé tirent profit des contrats de réparation en traitant avec des artisans qu'ils connaissent. Dans ce cas, ils peuvent considérer d'un mauvais œil les « agents de maintenance » nouvellement recrutés qui constituent pour eux une forme de concurrence.

Possibilités de maintenance externes

Les entreprises privées sont d'importants partenaires des services de santé. Les prestations qu'elles offrent peuvent comprendre la vente de consommables (produits chimiques et pièces de rechange, par exemple), les réparations difficiles, le conseil et la formation. Dans certaines circonstances, l'atelier peut également être géré par des services privés.

Des travaux peuvent être sous-traités à des artisans (plombiers, électriciens, menuisiers, etc.) ou à des entreprises spécialisées (tournage, bobinage moteur, etc.). Il est rarement rentable de confier à des entreprises privées la maintenance préventive (contrôle, entretien) sous forme de visites régulières. Les coûts de déplacement sont exorbitants dans la plupart des cas. Une approche contractuelle ne serait rentable que si le personnel de l'entreprise privée était basé dans l'établissement de santé en question.

Dans le district, les travaux de maintenance sont souvent effectués par d'autres institutions publiques ou privées. Il faut étudier la possibilité de coopérer avec d'autres établissements techniques, par exemple avec les ateliers liés aux ministères de l'agriculture, des transports, de l'approvisionnement en eau ou de l'énergie, mais également avec des ateliers de formation professionnelle et les hôpitaux confessionnels.

En particulier dans les pays anglophones, un seul ministère, par exemple le Ministère des Travaux, joue souvent un rôle de médiation intersectorielle dans ce contexte.

Personnel de maintenance

Chaque district doit disposer d'au moins un technicien de maintenance qualifié ayant suivi sur deux ans (ou mieux, sur trois) un cours de génie hospitalier reconnu à l'échelle nationale, du type de ceux qui sont offerts à Djourbel, au Sénégal ou à Mombassa, au Kenya (trois ans dans les deux cas)⁷⁶.

Ce technicien doit être en mesure de résoudre tout l'éventail des problèmes techniques généralement rencontrés dans les hôpitaux

⁷⁶ Ces deux institutions offrent de plus en plus souvent des cours à court terme qui peuvent être associés de façon modulaire.

de district. Seules les réparations plus complexes nécessitent du personnel spécialisé, venant par exemple du secteur privé.

Outre ces travaux systématiques, le technicien d'hôpital doit :

- effectuer des évaluations complètes des besoins de maintenance dans tous les établissements de santé du district et intégrer les données ainsi obtenues dans le plan de santé de l'hôpital et du district ;
- en collaboration avec l'équipe-cadre du district sanitaire, préparer un calendrier de travaux réguliers comprenant la supervision de tous les établissements à contrôler et la MPS ;
- préparer des fiches de maintenance et les tenir à jour, en indiquant les pièces de rechange nécessaires et les pièces de rechange utilisées, les moyens mis en œuvre pour les travaux et les résultats obtenus, les ruptures de stocks des équipements et ce qui les a provoquées ;
- classer et stocker les équipements/pièces de rechange en fonction de leur importance pour les activités cliniques, par exemple :
 - a) installations d'utilité générale : stérilisation, alimentation électrique (y compris les groupes électrogènes), eau, blanchisserie, réfrigération, cuisines, appareils générateurs de vapeur et de chaleur ;
 - b) équipement médical : équipement chirurgical, seringues, anesthésiques, équipements et matériel de laboratoire, ultrasons, rayons X.

Hormis les techniciens, les utilisateurs des équipements sont également concernés par la maintenance puisqu'ils sont la source principale des pannes techniques. Ils doivent donc recevoir des indications sur la bonne façon d'utiliser les équipements et connaître les règles élémentaires de la maintenance de base.

4. Approvisionnement en énergie et en eau

L'approvisionnement des établissements de santé en énergie est primordial, en particulier dans les régions où l'infrastructure est peu développée. Le manque de maintenance est à l'origine du manque de fiabilité des installations électriques et des consommations excessives d'énergie par certains équipements. Toutefois, à elles



Deux containers qui collectent à la fois l'eau de pluie et l'eau municipale (Tanzanie)

seules, les solutions techniques ne suffisent pas ; il faut disposer de fonds durables et assurer une bonne gestion des ressources en énergie [Kempe et al 1996]. Parmi les aspects à prendre en considération, citons :

- la conception des bâtiments et des équipements,
- l'utilisation de plusieurs sources d'énergie, y compris les énergies renouvelables,
- l'économie d'énergie,
- le contrôle des sources d'énergie et des coûts.

L'utilisation de l'énergie photovoltaïque (PV) dépend essentiellement des conditions locales et ne peut entrer que dans le cadre d'une stratégie globale d'approvisionnement en énergie. Cette forme d'énergie est une priorité mais n'est pas la solution idéale lorsque l'achat et le remplacement des piles sont coûteux et ne peuvent être assurés.

La réfrigération

La réfrigération consomme beaucoup d'énergie. Les appareils à énergie photovoltaïque sont chers à l'achat et à l'entretien. Souvent, une simple visite au bar le plus proche vendant des boissons réfrigérées vous donnera une idée de la technologie qui peut être maîtrisée localement !

Dans de nombreux pays à faibles revenus, l'approvisionnement des établissements en eau pose à lui seul un problème, sans parler de la suffisance de cet approvisionnement et de sa fiabilité. Néanmoins, l'approche multisectorielle des SSP (soins de santé primaires) a amélioré la disponibilité de l'approvisionnement en eau grâce à une diversification des sources (collecte des eaux de pluie, approvisionnement par canalisations, eau de puits et de source). L'approvisionnement en eau étant essentiel pour des raisons d'hygiène et de promotion de la santé, les autorités de district doivent insister pour que de l'eau propre soit disponible dans tous les établissements de santé. Pour la même raison, il faut disposer de services techniques au niveau du captage de l'eau, de sa distribution et de sa conservation, aussi bien en amont de l'établissement qu'à l'intérieur de ce dernier.

Des équipes de maintenance internes du secteur public et du secteur privé (techniciens de l'eau et plombiers) assurent l'écoulement fonctionnel de l'eau dans les établissements de santé et réparent les pannes du réseau d'alimentation en eau et des équipements d'ébullition et de stérilisation.

5. Gestion des transports

En général, ce sont les ministères qui sont responsables de la gestion des moyens de transports. Dans la plupart des pays, un département spécialisé au niveau central coordonne la mise en place de ce programme. Mais ce sont les autorités locales au niveau de district qui doivent assurer la disponibilité des véhicules dont les équipes de santé ont besoin pour leurs activités.

Si un atelier public d'une qualité acceptable n'est pas disponible, il faut identifier des ateliers privés pour la réparation et la

maintenance des véhicules. De toute façon, les chauffeurs doivent assurer la maintenance de base des véhicules, alors que les réparations plus complexes doivent être confiées à des sous-traitants.

6. Evacuation des déchets

Dans les hôpitaux ruraux des pays en développement, l'évacuation des déchets pose généralement de gros problèmes. Il existe toutefois des solutions acceptables et viables sur le plan financier, hygiénique et écologique. La gestion essentielle des déchets peut comprendre :

- le recyclage, l'évitement, la minimisation (→ stratégie REM),
- des décharges spécialement conçues pour le milieu hospitalier [Halbwachs 1994],
- l'incinération : des incinérateurs bien conçus produisent des températures suffisamment élevées pour éliminer jusqu'aux produits demi-secs. L'équipe de maintenance doit prévoir une construction appropriée tenant compte des flux entrants et des rejets et évitant toute pollution de l'environnement.

La gestion des déchets doit non seulement entrer dans le cadre du concept de gestion de la santé au niveau du district, mais elle doit également être pratiquée à tous les niveaux de prestation des services de santé. Dans les zones urbaines, les établissements de santé du niveau tertiaire sont dans une situation plus délicate à cause de la quantité des déchets produits et du voisinage de zones d'habitation urbaines. Les concepts d'évacuation doivent être étudiés de manière à proposer des solutions sur mesure et doivent tenir compte des ressources communautaires et commerciales [Jantsch/Vest 1999].



Un incinérateur moderne derrière la fosse aux ordures traditionnelle dans un hôpital de district (Tanzanie)

7. Coûts et financement

Lors de la préparation du plan de santé du district, on peut utiliser la formule suivante pour déterminer les dépenses approximatives annuelles de maintenance⁷⁷ :

- 1 à 2 % pour les bâtiments⁷⁸,
- 3 % pour les services des bâtiments (services publics),
- 5 % pour les équipements médicaux.

Toutefois, dans la pratique, il est très peu probable que ces coûts puissent être couverts. En Afrique, la plupart des systèmes de santé publique affectent nettement moins de 1 % par an à la maintenance.

Autant que possible, les coûts des techniciens de l'atelier de district et des équipements d'une durée de vie moyenne ou longue (au moins un an) devraient être financés par les fonds publics. Une partie des revenus fournis par le paiement des consultations devrait contribuer à couvrir les coûts récurrents de l'atelier. En plus, les

Tableau 1 : Estimation des économies réalisées grâce à une bonne maintenance. Malgré des dépenses annuelles de 30 000 USD consacrées à la maintenance, les économies peuvent atteindre 32 500 USD dans les conditions ci-dessous :

	Bâtiments	Equipements	Total
Coûts de remplacement	500 000 \$	500 000 \$	100 000 \$
Coûts annuels de la maintenance (bâtiments 1 %, équipements 5%)	5 000 \$	25 000 \$	30 000 \$
Augmentation de l'espérance de vie (due à la maintenance)	de 30 à 40 ans	de 5 à 10 ans	
Economies brutes annuelles (pour un facteur d'augmentation de l'espérance de vie égal à 2)	2,5 %	10%	62 500 \$
Economies nettes (après soustraction des dépenses consacrées à la maintenance)	1,5 %	5%	32 500 \$

⁷⁷ Seule une documentation consciencieuse de tous les facteurs de coûts permet de déterminer le montant exact des dépenses courantes des unités de maintenance et de réparation.

⁷⁸ Il s'agit d'estimations basées sur la valeur d'acquisition couvrant le personnel, les matériaux, les moyens de transport et l'amortissement de l'atelier.

communautés pourraient contribuer à la maintenance de leurs services de santé en mettant à disposition la main-d'œuvre pour le nettoyage, des réparations simples et l'évacuation des déchets.

Dans certains cas, il est possible de générer des revenus supplémentaires en offrant aux clients d'autres services que les services de santé proprement dits. De telles possibilités, si elles se présentent, doivent être soigneusement étudiées et encouragées. Le personnel de l'atelier devrait bénéficier de tous ces services supplémentaires (« motivation »).

Une maintenance correctement effectuée prolonge l'espérance de vie des biens corporels des services de santé et réduit la nécessité de les remplacer. On peut maintenant mesurer les avantages financiers obtenus par une bonne maintenance. Les résultats indiquent qu'elle permet de réaliser des économies appréciables.

8. Gestion de la qualité

Les services techniques et de maintenance, dans la mesure où ils font partie intégrante du système de santé du district, sont inclus dans les activités de gestion de la qualité, comme indiqué dans le chapitre 2 - « Planification et gestion ».

Tableau 2 : Indicateurs utilisés pour les activités de maintenance

Indicateurs des interventions	Indicateurs de l'impact
<ul style="list-style-type: none"> ■ Nombre et composition du personnel ■ Productivité (% du temps de travail utilisé pour des activités en maintenance) ■ Conformité avec les temps d'intervention standardisés ■ Rapport entre travaux correctifs et travaux préventifs ■ Utilisation conforme des formulaires et application des procédures de maintenance standardisées ■ Disponibilité des outils et de pièces de rechange 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Temps d'inactivité moyen (d'un équipement) par an (fluctuation du personnel à prendre en considération) ■ Temps d'utilisation de l'équipement par an (les fluctuations de la fréquentation par les patients et les fluctuations du personnel doivent être suivies) ■ Satisfaction des clients (concernant le rendement de la maintenance) en utilisant, par exemple, les délais d'intervention

Tableau 3 : Exemple de fiche de travail à utiliser dans le cadre du système d'information sur la maintenance

Fiche de Travail					
Hôpital :					
Demande N° :			Date/Heure :		
Service/Section :					
Equipement :			N° d'inventaire :		
Accessoires :					
Panne déclarée :					
Reçu de :		Date/heure :		Sign. :	
Remis à :		Date/heure :		Sign. :	
Rapport du technicien					
Début des travaux (date/heure)				Fin des travaux (date/heure)	
Temps passé (jours, heures)				Délai d'intervention (jours, heures)	
Travaux reportés pour la raison suivante :					
Diagnostic/Action :					
Type de service	révision générale		MPS	réparation	
Mesures :	courant	tension	isolement	pression	
Matériel utilisé :	description		quantité		coût
Cause de la panne :	usure			tension instable du courant	
	contamination (eau, huile, etc.)			erreur d'utilisation, de manipulation	
	encrassement			installation défectueuse	
	autres (à préciser)				
Nom du technicien		Signature		Certifié par	

Des indicateurs spécifiques sont utilisés pour le contrôle et l'évaluation. Ils doivent faire partie des listes de contrôle (lorsqu'elles existent) utilisées par l'équipe-cadre du district pour la supervision. Le choix des indicateurs et la préparation des listes doivent permettre que, même en l'absence d'un technicien de maintenance, les activités de maintenance puissent être contrôlées. Si un technicien de maintenance est employé, il faut tenir compte de celui-ci dans les calendriers de supervision de l'équipe-cadre pour éviter les problèmes de double emploi et rendre la supervision plus efficiente.

Les indicateurs de processus ne décrivent que la manière dont les activités sont effectuées et dans quelles circonstances. Ils n'indiquent que de manière indirecte le fonctionnement réel de la maintenance. Par contre, les indicateurs d'effet ou d'impact doivent être en relation claire et directe avec l'intervention qu'ils sont censés mesurer. Compte tenu des facteurs multiples ayant une influence sur le résultat (en anglais : confounding factors), il est difficile d'identifier des indicateurs appropriés (voir tableau 2).

Parmi les exigences minimales concernant tout système d'information sur la maintenance, système qui doit être intégré dans le SIGS existant, citons l'inventaire, la fiche de travail (voir exemple ci-dessous), l'historique des équipements et une liste de contrôle pour la maintenance préventive.

Sources d'informations complémentaires

- Arges, G.S. (1998) Estimated useful lives of depreciable hospital assets ; AHA, Chicago
- Halbwachs, H. (1989) Planned maintenance the key in „Round Table“ ; Forum mondial de la santé 10, Genève
- Halbwachs, H. (1994) Solid waste disposal in district health facilities ; Forum mondial de la santé, OMS, Genève
- Halbwachs, H. (1996) Protocols for the appraisal of physical assets management in health services in developing economies ; Division Santé, Population, Nutrition de la GTZ, Eschborn
- Halbwachs, H. (1998) The technical and financial impact of systematic maintenance and repair services within health systems in developing economies ; Présentation à l'occasion de la 15^e conférence internationale de la FIIH, Edimbourg

- Halbwachs, H., Issakov, A. (Eds) (1994) Essential equipment for district health facilities in developing countries ; Division Santé, Population, Nutrition de la GTZ, Eschborn
- Halbwachs, H., Werlein, R. (1993) Formation des personnels de santé à l'utilisation d'équipements médicaux (également disponible en anglais et en espagnol) ; Division Santé, Population, Nutrition de la GTZ, Eschborn
- Jantsch, F., Vest, H. (1999) Management of solid and liquid waste at small healthcare facilities in developing countries ; Division Environnement, Eau, Energie, Transport de la GTZ, Eschborn
- Kempe, L., Riha, S., Halbwachs, H. (1996) Energy supply for health care facilities in developing countries ; Division Santé, Population, Nutrition de la GTZ, Eschborn
- Köcher, D., Halbwachs, H. + Schmitt, R. (Eds) (1994) La maintenance dans les systèmes de santé - maintenance for health systems (bilingue) ; Rapport sur un atelier de la GTZ organisé en septembre 1993 à Dakar/Sénégal, Eschborn
- Ministry of Health Tanzania (2002) National health care technology guidelines
- Prüss, A., Townend, W.K. (1998) Management of wastes from health-care activities ; OMS, Genève
- Riha, J., Mangenot, L., Halbwachs, H., Attémené, G. (1998) Reflections on the economy of maintenance ; Presentation at the summit conference of the African Federation for Technology in Health Care, Harare

10. Préparation à la lutte contre les catastrophes

par Alois Doerlemann & Michael Marx

1. Contexte et stratégies
2. Concepts et organisation
3. Epidémies
4. Catastrophes naturelles
5. Réfugiés



Des réfugiés retournant en RD du Congo (N.Hunt, Université de Michigan, FAO, 1998)

1. Contexte et stratégies

Introduction

Pendant toute son histoire, le peuple africain a été frappé par des catastrophes naturelles et des épidémies. Traditionnellement, il les acceptait comme des coups du sort contre lesquels il n'y avait pas de moyens efficaces de se protéger. Par ailleurs, il a toujours connu des catastrophes dues à l'action de l'homme, en particulier des conflits violents laissant derrière eux des blessés et des morts en grands nombres, des pays dévastés, avec des déplacements de populations et des pénuries de vivres. Toutes ces catastrophes entrent dans le cadre de ce qu'on appelle des *situations d'urgence complexes*.

L'explosion démographique et des conditions politiques, économiques et sociales défavorables, en particulier après la fin de la guerre froide, ont été responsables d'une augmentation spectaculaire du nombre de situations d'urgence complexes dans les pays à faible revenu. Les maladies infectieuses se propagent comme des feux de brousse lorsqu'un grand nombre de personnes vivent à l'étroit. Lorsque de violents conflits éclatent, les pays voisins se trouvent confrontés à d'importantes migrations de réfugiés. L'administration publique et les systèmes de santé approchent de plus en plus du point de rupture car ils disposent généralement de ressources très limitées, d'autant plus que le matériel est souvent volé ou détruit.

Dans de telles situations, la majorité de la population n'a aucun accès aux soins curatifs ou préventifs. Les programmes de santé publique (par exemple les « Programmes élargis de vaccination » - PEV) sont interrompus et dans certains cas, les professionnels de la santé fuient leur pays ou abandonnent leur lieu de travail.

Les programmes de secours mis sur pied dès que la situation d'urgence est connue interviennent le plus souvent parallèlement aux systèmes locaux et ce n'est souvent qu'au bout d'un certain temps qu'ils prennent conscience des mesures d'urgence indispensables.

La crise des réfugiés rwandais, en 1994, et la longue crise qu'ont connue le Liberia, la Sierra Leone et la Guinée dans les années 1990 sont d'effroyables exemples récents de ces situations douloureuses. Elles ont mis en évidence le manque d'efficacité des programmes

de secours et ont montré à quel point il était important de coordonner les efforts avec ceux des services de santé locaux.⁷⁹ Entre temps, les programmes de secours se sont améliorés et peuvent désormais s'appuyer sur des lignes directrices et des normes précises. Toutefois, ils ne sont pas toujours mis en pratique et il importe d'examiner un large éventail de questions concernant, par exemple, la façon d'obtenir les ressources nécessaires, de coordonner efficacement les efforts avec ceux des systèmes de santé locaux et d'améliorer leur durabilité.

Lorsque des situations d'urgence complexes se présentent, les administrations publiques doivent naturellement prendre des mesures efficaces, y compris au niveau des services de santé publique et des services cliniques essentiels, pour réduire au minimum la souffrance des victimes. Mais l'expérience montre que, dans les situations critiques, l'administration centrale n'a pas les compétences nécessaires pour organiser les activités les plus importantes et les coordonner. Comme par ailleurs les organismes parapublics agissent de manière indépendante, le niveau d'efficacité des programmes d'aide nationaux et internationaux est faible. Les organisations internationales et les décideurs constatent aujourd'hui à quel point il est déterminant de faire participer la population locale et les systèmes de santé de district concernés à la mise en œuvre de mesures systématiques visant à faire face à la catastrophe.⁸⁰

Stratégies

Au cours de la dernière décennie, nous nous sommes trouvés confrontés à des situations d'urgence de plus en plus complexes, caractérisées par des problèmes majeurs de santé publique (malnutrition, forte morbidité des maladies transmissibles, blessures

⁷⁹ La coordination de ces programmes de secours était très difficile, compte tenu de la multitude des organismes de secours concernés, chacun avec ses propres normes, priorités et approches.

⁸⁰ Après la crise du Rwanda, en 1994, diverses missions d'évaluation (1996) ont estimé que les stratégies et les outils d'intervention mis en œuvre par les organismes internationaux d'aide humanitaire étaient complètement inadaptés. Les principales critiques montraient du doigt le manque de coordination, de cohérence stratégique et de préparation à la lutte contre les catastrophes, la mauvaise qualité des soins de santé donnés, la responsabilisation insuffisante des organismes, le manque de sécurité dans les camps et la réponse insuffisante aux besoins des populations hôtes déplacées. Toutefois, tout le monde est d'accord pour reconnaître que le monde n'avait jamais connu une crise aussi importante que celle du Rwanda.

par mines terrestres ou par armes à feu, violence interpersonnelle et troubles psychologiques).

Les pays et leurs systèmes de santé doivent être en mesure de hiérarchiser et de coordonner ces interventions sanitaires rapidement et efficacement pour réduire au minimum la souffrance des victimes. Cela concerne les interventions de santé publique et les services cliniques essentiels. Les lignes directrices concernant la préparation à la lutte contre les catastrophes au niveau du district doivent être définies et régulièrement mises à jour.

Comment la recherche des systèmes de santé peut-elle améliorer la lutte contre les catastrophes ?

La recherche opérationnelle est un moyen important de définir les normes applicables aux programmes intégrés de secours et les moyens dont ils disposent dans les situations d'urgence complexes. Facteurs essentiels :

- connaître et comprendre le système de santé local, avec ses possibilités et ses contraintes, ainsi que les interlocuteurs et les acteurs concernés ;
- exiger une approche interdisciplinaire ;
- travailler sur le programme des communautés concernées et en étroite coopération avec elles ;
- se familiariser avec le processus décisionnel et le cadre institutionnel établissant un lien entre chercheurs et parties concernées.

Cela vaut non seulement pour l'aide humanitaire dans les situations instables, mais également dans les situations stables. Les chercheurs ont ainsi la possibilité de combler le fossé entre l'institutionnel et le conceptuel.

Dans les situations d'urgence complexes, il faut, dès que possible, définir les responsabilités et identifier les personnes qui seront responsables devant les populations affectées et devant la communauté internationale qui apporte son soutien. Il importe ensuite de nommer les équipes spéciales responsables de la gestion de la catastrophe. Il faut enfin définir les interventions prioritaires et les communiquer sans délai aux personnes responsables.

De nombreux organismes internationaux ont proposé un processus de définition des priorités d'intervention dans les

situations d'urgence complexes.⁸¹ Le «Projet Sphère», initiative à laquelle participent de nombreuses ONG et la Fédération internationale de la Croix-Rouge, a défini de manière coopérative des normes minimales pour cinq domaines techniques prioritaires :

- eau et assainissement
- nutrition
- hébergement
- santé
- sécurité.

Pour être efficace, un programme d'aide d'urgence⁸² doit donc être multisectoriel. Toutefois, ces normes sont de plus en plus souvent remises en question. Nous devons également nous demander dans quelle mesure des normes techniques peuvent réellement être appliquées à des situations d'urgence. Les programmes de secours doivent être extrêmement souples pour pouvoir répondre à la nature complexe de la catastrophe. Il faut donc effectuer des travaux de recherche opérationnelle portant sur les mécanismes d'adaptation d'un district. Ces travaux doivent aussi étudier la façon dont un district peut acquérir plus de souplesse et, ainsi, mieux faire face aux situations d'urgence complexes. Nous ne devons pas uniquement nous en remettre aux expériences du passé, mais effectuer une recherche opérationnelle parallèle tournée vers le futur.

De toute évidence, en raison de leur nature <ad hoc>, les programmes de secours seraient plus efficaces s'ils étaient planifiés de manière plus globale et s'ils fonctionnaient avec des professionnels plus expérimentés et plus compétents.

Par ailleurs, les décideurs nationaux et les organisations internationales sont maintenant d'accord pour dire que tout programme d'aide humanitaire devrait être planifié et mis en œuvre en coordination avec le système de santé local. Compte tenu des conséquences pour la population concernée, les services locaux et tous les interlocuteurs locaux devraient être associés au programme dès le départ.

⁸¹ Par exemple OMS-EHA, UNHCR, USAID, CDC, UE, IFRC/CICR, MSF et al

⁸² Certains organismes internationaux préfèrent le terme «programmes d'aide humanitaire».

Les principales caractéristiques de *l'aide humanitaire et de la lutte contre les catastrophes intégrées aux systèmes de santé locaux* peuvent se résumer de la façon suivante :

- Les réfugiés ou des personnes déplacées dans le pays et les populations locales constituent les groupes cibles.
- Les ressources dont disposent les programmes d'aide sont coordonnées avec celles des systèmes de santé et des programmes locaux auxquels elles peuvent être intégrées en totalité ou en partie.
- Les travaux de planification sont coordonnés (action à court terme et plan à moyen terme) avec ceux des autorités locales.
- Les programmes d'aide utilisent autant que possible les structures et les ressources locales de divers secteurs.
- Les organisations d'aide internationale estiment que les programmes d'aide ont tout à gagner d'un renforcement des systèmes de santé locaux et acceptent que les fonds soient utilisés à cette fin.

2. Concepts et organisation

Responsabilités

Les leçons tirées de nombreuses situations d'urgence indiquent que chaque secteur devrait affecter une personne qualifiée à la surveillance du district en ce qui concerne la situation épidémiologique et la probabilité de situations d'urgence. Il s'agit clairement d'une tâche interdisciplinaire, mais le secteur de la santé, et en particulier la personne chargée du contrôle environnemental et de la surveillance épidémiologique, pourrait assumer le rôle de coordinateur.

Les autorités du district doivent constituer une unité intersectorielle de *préparation à la lutte contre les catastrophes (PLCC)* ou considérer que la préparation à la lutte contre les catastrophes est un souci permanent du comité intersectoriel de district. Seules les personnes habilitées à prendre des décisions et à assumer des responsabilités doivent être membres de l'unité PLCC. Cette dernière doit rassembler toutes les parties concernées (institutions publiques et privées, représentants des collectivités, organisations internationales) pour élaborer les stratégies d'urgence et les plans d'actions.

Fonctionnement de l'unité PLCC

L'unité PLCC doit identifier et décrire le type et l'importance des catastrophes pour lesquelles il faut se préparer. Cela lui permettra de préparer des plans de travail en fonction des conditions particulières du district concerné.

L'étape suivante doit consister à effectuer une évaluation des besoins en ressources humaines, en équipements, en matériel et en médicaments, y compris au niveau de la structure de gestion. Une quantité suffisante de matériel pour les situations d'urgence telles que les épidémies⁸³ (par exemple le choléra ou la méningite) doit être disponible en toutes circonstances pour permettre au district de faire face à la situation au moins pendant quelques jours. Cela pourra concerner les perfusions, antibiotiques, réservoirs d'eau, tentes, matelas et couvertures. Pour d'autres situations d'urgence, il faut dresser une liste des autres matériels nécessaires et préciser la marche à suivre pour se les procurer immédiatement.

Systèmes d'égouts simples

Dans les districts de Guéckédou et de Kissidougou (Guinée), les unités PLCC ont appuyé la mise en œuvre de systèmes d'égouts simples par des initiatives publiques et privées dans les secteurs des transports, de la santé et de l'éducation. De nouveaux canaux ont été creusés et les canaux existants ont été améliorés de manière à emporter les eaux de ruissellement pendant la saison des pluies. Le système existant d'approvisionnement en eau a également été amélioré, ce qui a contribué à réduire le nombre de cas de choléra dans les zones urbaines.

La gestion du magasin renfermant le matériel et les médicaments nécessite certaines compétences techniques (par exemple en ce qui concerne les dates de péremption et de réapprovisionnement) et un certain sens des responsabilités (pour éviter tout détournement).

Un système informatique efficace et en bon état est un autre élément de base de la préparation à la lutte contre les catastrophes. De bonnes décisions ne peuvent être prises que sur la base d'informations fiables et pertinentes. Il est important de savoir où

⁸³ Selon les schémas épidémiologiques

et comment obtenir des informations supplémentaires sur des problèmes techniques précis (questions épidémiologiques, informations à jour sur les procédures, les matériels et les médicaments).

Les lignes directrices pour la préparation à la lutte contre les catastrophes définissent les mesures à prendre dans les situations d'urgence et précisent quand, où et comment contacter les personnes et/ou les institutions (administrations publiques, organismes de bienfaisance) susceptibles d'aider à y faire face.

L'unité PLCC doit ensuite être en mesure de déterminer la probabilité d'une catastrophe et de gérer les situations d'urgence, ce qui l'amène à prendre un certain nombre de mesures essentielles :

- analyse continue de la situation (SIGS)⁸⁴ et communication d'informations,
- élaboration d'un plan d'action à court terme,
- création d'une unité de gestion des crises (à partir des membres de l'unité PLCC) avec une description précise des responsabilités de chaque membre,
- identification et participation des intervenants,
- identification des besoins de formation et du personnel de formation nécessaires,
- évaluation des besoins d'infrastructure, de matériel et de gestion nécessaires pour s'assurer que ces moyens seront disponibles en toutes circonstances,
- identification des ressources financières localement disponibles,
- identification des besoins supplémentaires (ressources humaines et financières, assistance technique et logistique),
- communication permanente avec les autorités au niveau régional et central.

3. Epidémies

Si les unités PLCC des districts n'y font pas face rapidement et efficacement, les épidémies peuvent rapidement entraîner une forte morbidité et avoir de graves conséquences au niveau de la mortalité.

⁸⁴ SIGS = Système informatique de gestion de la santé



Un camp d'isolement pour des malades du choléra au Burkina Faso

Certaines épidémies, par exemple celles du choléra et de la méningite, nécessitent des centres de traitement proches du foyer épidémiologique. La participation de la collectivité, pour ce qui est d'informer le public et de le sensibiliser au problème, peut contribuer à inciter ses membres à offrir le soutien nécessaire.

Les lignes directrices de l'OMS concernant la façon de répondre à une catastrophe doivent servir de base à l'action des unités PLCC et des équipes-cadres de district. D'autres documents publiés par des organismes de bienfaisance internationaux tels que MSF ou la Croix-Rouge internationale peuvent également être utiles.

Choléra

Le choléra est dû, avant tout, à un assainissement déficient et en particulier à un manque d'eau non contaminée. L'épidémie se répand au niveau régional. La maladie se manifeste par une diarrhée aiguë se traduisant par une déshydratation considérable et entraînant rapidement la mort si le traitement ne commence pas au premier stade de la maladie. Le taux de mortalité varie de 3 à 5 %.

Malheureusement, cette maladie d'origine hydrique, qui est essentiellement due à des conditions de vie déplorables et qui relève donc de décisions politiques, est encore très courante⁸⁵.

Méningite

En Afrique, la méningite à méningocoques est la maladie la plus redoutée dans la « ceinture de la méningite », région qui s'étend de l'Éthiopie, à l'est, au Sénégal et à la Gambie, à l'ouest. Cette zone gagne lentement vers le sud.

La Méningite en Guinée Conakry

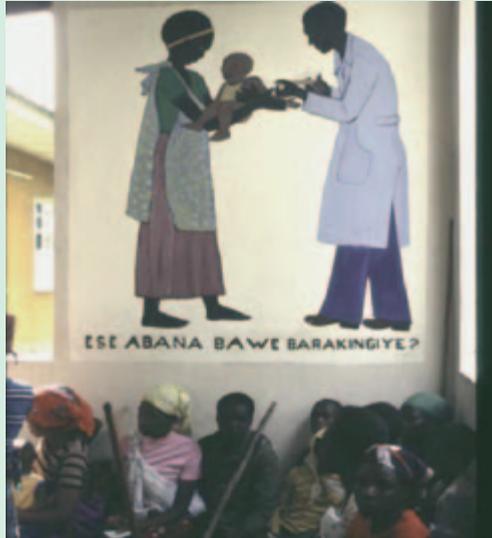
Certains indices tendent à montrer que la ceinture de la méningite gagne vers le sud. En 1993, une épidémie de méningite à méningocoques (Groupe A, Type P1.9, clone 111.1) a touché plus de 2 500 personnes dans six districts et pour la première fois dans la région forestière, à la surprise du ministère de la Santé et de ses partenaires internationaux.

Quatre semaines seulement après le déclenchement de l'alerte, un programme de vaccination et de surveillance a été lancé et 75% de la population urbaine et 30% de la population rurale ont été vaccinés (population totale de 650 000 habitants). La diminution immédiate du nombre de malades et le fait que les attaques ont été moins graves montrent bien l'efficacité de la campagne.

Après cette épidémie majeure, un programme de préparation à la lutte contre la maladie a été mis sur pied dans les districts de Kissidougou et de Guékédou. Au cours des années qui ont suivi, plusieurs épidémies mineures ont été déclarées mais elles ont pu être maîtrisées.

Des épidémies de méningite se produisent presque annuellement dans au moins un des pays de cette région et peuvent toucher plus de 200 000 personnes d'un coup. Compte tenu de

⁸⁵ En 1997, La Tanzanie a connu une épidémie de choléra qui a touché 29 000 personnes (avec un taux de mortalité de 5,4 %) surtout dans les régions de Mtwara, de Lindi et dans la capitale, Dar es Salaam.



Le triomphe de la vaccination

- La variole a été la première maladie totalement éradiquée et cette réussite ne s'est jamais renouvelée. Cette effroyable maladie, qui atteignait des populations entières, a été vaincue au moyen de campagnes de vaccination lancées par l'OMS en 1968. Les derniers cas ont été signalés en 1977.
- La poliomyélite est due à un autre virus et elle devrait finir par être éradiquée elle aussi. La vaccination par voie orale a débuté en 1954 et le nombre de cas de « paralysie flasque aiguë » déclarés tend de plus en plus vers zéro.
- La majorité des maladies infantiles graves dont la rougeole, le tétanos néonatal, la poliomyélite, la coqueluche, la diphtérie et la tuberculose, font l'objet de programmes élargis de vaccination (PEV) dont les premiers ont été lancés dans les années 1960. De nombreux pays ont atteint des taux de couverture de 70 à 95 %. Les PEV comptent parmi les plus belles réussites des systèmes de santé modernes.

(Photo : Hôpital de district de Kibuye / Rwanda)

l'invasion brutale de la maladie, de sa propagation rapide dans les communautés et des taux élevés de morbidité et de mortalité, la méningite est une des causes les plus visibles de la souffrance humaine dans l'Afrique subsaharienne. Malgré l'efficacité de l'antibiothérapie, sur dix enfants atteints de la forme invasive de la maladie il en meurt au moins un, et jusqu'à 25 pour cent de ceux qui en réchappent souffrent de séquelles neurologiques chroniques (perte d'audition et retard mental) et de perte de membres⁸⁶.

Face aux épidémies de méningite, les districts concernés se doivent de lutter contre la propagation de la maladie. Les mesures les plus urgentes à prendre sont les suivantes : déclaration rapide des cas et isolement, organisation immédiate de campagnes de traitement et de vaccination et constitution de stocks de vaccins pour les cas imprévus.⁸⁷

Autres épidémies

Plusieurs autres épidémies restent importantes en termes de santé publique. Certaines sont endémiques. L'onchocercose et la schistosomiase existent encore à l'état endémique dans de nombreux pays. Il existe bien des médicaments efficaces, mais pour être effective, la lutte doit s'appuyer sur des changements de comportement qui ne sont possibles qu'au moyen d'activités de promotion de la santé et d'une surveillance épidémiologique. La peste sévit encore dans plusieurs pays, mais on peut lutter efficacement contre les épidémies au niveau du district grâce à l'utilisation systématique d'insecticides et de rodenticides et au traitement des cas dans des centres isolés. La participation de la collectivité est essentielle.

Enfin, il faut souligner que la vaccination est le meilleur moyen de lutter contre la plupart des maladies virales. Pour que les campagnes de vaccination soient efficaces, les districts doivent assurer des taux de couverture élevés.

⁸⁶ OMS 2001

⁸⁷ L'OMS et le PATH (Programme for Appropriate Technology in Health) ont commencé à mettre au point un nouveau vaccin qui assure une protection plus longue que par le passé.

4. Catastrophes naturelles

Les principales catastrophes naturelles susceptibles de se manifester n'importe où sur le continent africain sont les inondations et la sécheresse. Les ouragans ne se produisent que dans les îles de l'Océan indien et, dans une moindre mesure, le long de la côte de l'Afrique orientale. Les inondations peuvent se produire de manière imprévisible et peuvent prendre la dimension de catastrophes en peu de temps alors que les périodes de sécheresse s'établissent sur de plus longues périodes.

Les unités PLCC doivent analyser les situations d'urgence antérieures pour tirer parti de leur propre expérience. Il devrait être possible d'identifier la fréquence et la probabilité des catastrophes naturelles, ainsi que les mesures qui peuvent être prises localement pour les éviter ou pour lutter contre leur impact. Dans les régions pauvres, il faudra se préparer à mobiliser les ressources et les moyens disponibles au plan local.

La préparation à la lutte contre les catastrophes naturelles ne consiste pas seulement à savoir réagir de manière appropriée à une nouvelle situation d'urgence, elle consiste également à prendre les mesures qu'il faut pour éviter une catastrophe. La construction de réseaux d'égouts efficaces est une mesure prioritaire, notamment en milieu urbain, pour faire face aux grosses inondations responsables d'accidents et de maladies infectieuses d'origine hydrique.

La préparation à la lutte contre les ouragans nécessite toutefois des infrastructures plus stables. Il s'agit d'empêcher la destruction des bâtiments et d'assurer une protection contre les pluies et les inondations dévastatrices qui accompagnent les gros orages et font de nombreuses victimes.

5. Réfugiés

La migration à grande échelle, qui est souvent due à une instabilité politique dans une région géographique donnée, pose un problème pour la collectivité d'accueil, y compris pour les services de santé. Les personnes déplacées peuvent introduire de nouvelles infections dans la collectivité d'accueil ou peuvent elles-mêmes devenir plus vulnérables. Il est très courant que la morbidité liée

aux maladies transmissibles, aux blessures dues aux mines terrestres, aux armes à feu, à la violence interpersonnelle et à la détresse psychologique augmente. On sait que la malnutrition, les maladies diarrhéiques, la rougeole, la malaria, les infections des voies respiratoires et les troubles psychologiques et physiques dus à la violence posent des problèmes majeurs de santé publique dans les situations d'urgence complexes. Les flux massifs d'émigrés ont également tendance à exacerber certains états chroniques dans les zones touchées par les catastrophes⁸⁸.

Pour faire face à l'afflux de réfugiés qui dépasse rapidement les capacités d'accueil locales, les autorités de district et les unités PLCC doivent prendre des initiatives. Elles doivent :

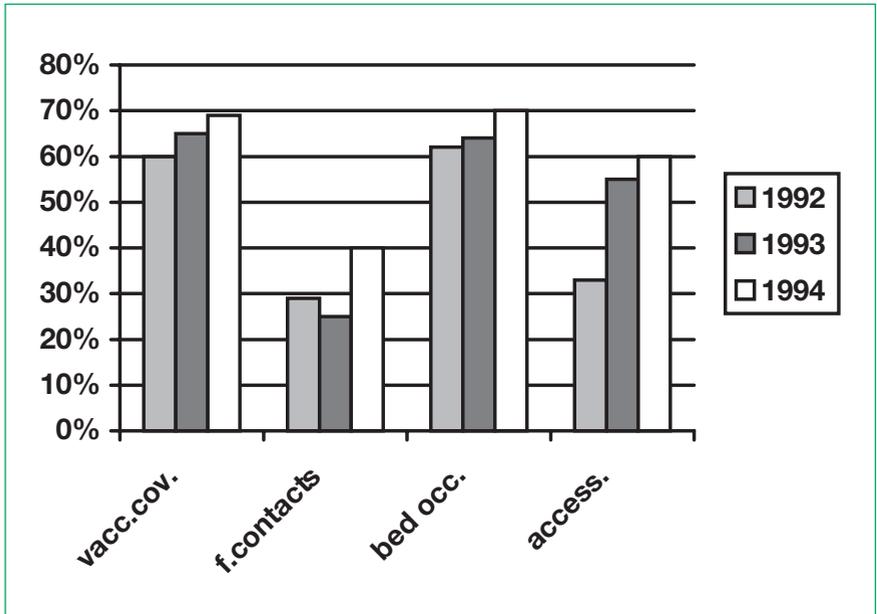
- demander un soutien supplémentaire à l'administration centrale et à d'autres sources telles que les partenaires en coopération ;
- identifier les zones ou les infrastructures dans lesquelles les réfugiés peuvent être accueillis à leur arrivée (camps). Le secteur de la santé doit étudier à l'avance la faisabilité de la mise en place de services de santé dans la région ou doit préparer et renforcer les structures de soins de santé existantes de manière à couvrir la population de réfugiés.

Généralement, les réfugiés restent longtemps dans la région d'accueil, car les raisons qui les ont amenés à fuir ne changent pas rapidement. Il faut donc prendre des mesures globales visant à leur assurer un minimum de soins de santé et de protection sociale. Les aspects les plus importants à prendre en considération sont l'alimentation, l'hébergement, les installations sanitaires et la sécurité. Il faut ensuite assurer les soins de santé et l'éducation et, plus tard, faciliter des activités assurant un revenu.

Comme nous l'avons indiqué plus haut, il est important, pour l'administration centrale, pour l'administration des services de santé de district et pour les organisations internationales de prendre, dès le début, des mesures de secours telles que l'apport d'un soutien aux structures locales sous la forme de financements supplémentaires et de moyens matériels. Au lieu d'attirer du personnel qualifié travaillant dans des services publics ou privés locaux en lui offrant un salaire plus élevé et de meilleures conditions de travail pour gérer le programme d'aide parallèle, il vaut mieux renforcer les capacités institutionnelles et les moyens

⁸⁶ Banatvala a rendu compte de cette expérience du Kosovo en 2000.

Figure 1 : Evolution des indicateurs de services de santé dans le district de Guéckédou -- 1992-1994 : malgré le doublement de la population dû à l'arrivée de réfugiés, les indicateurs concernant la population guinéenne – compte non tenu des réfugiés – se sont améliorés.
 Vacc.cov. : couverture vaccinale des enfants de 0 à 11 mois (complètement vaccinés), f.contacts : taux de premier contact curatif par an et par habitant, bed occ. : taux d'occupation des lits (hôpital de Guéckédou), access. : accessibilité < / =5km d'un Centre de Santé.



de gestion locaux. La formation et l'encadrement du personnel sont des éléments-clés du soutien additionnel que les organismes internationaux de secours doivent offrir aux districts.

Il faut également veiller à éviter les conflits entre les réfugiés et la population du pays ou de la région d'accueil. Ces conflits peuvent se produire d'autant plus facilement que les réfugiés sont plus aidés par les programmes d'aide que les collectivités locales.

Les organisations internationales doivent donc intégrer leurs mesures de soutien dans les structures en place dès le début et coopérer avec l'unité PLCC locale. En évitant la création de structures parallèles non durables et en renforçant au contraire les services existants, on peut améliorer l'efficacité des programmes de soutien (exemple : district de santé de Guéckédou/Guinée 1992-1994).

Aide à la gestion des crises au niveau du district – Guinée Conakry (1992-1998)

Contexte

- Depuis 1990, la Guinée a accueilli jusqu'à 700 000 réfugiés fuyant des pays voisins (Liberia et Sierra Leone) en proie à la guerre civile. Les districts frontaliers de Guéckédou, Kissidougou et Faranah ont supporté le poids de cet exode dont l'impact s'est fait sentir sur leurs structures sociales et économiques. Ces districts ont en outre connu des épidémies de méningite et de choléra ainsi que des inondations.
- Dès le début, le gouvernement guinéen s'est efforcé d'intégrer les programmes d'aide aux réfugiés au lieu d'ouvrir des camps de réfugiés. Cette décision a contribué à renforcer les systèmes locaux de santé de district. Les réfugiés, aussi bien que les habitants des districts, ont été considérés comme la population cible. Cette approche a été une réussite, même à longue échéance.
- Depuis 1995, dans les trois districts, l'équipe-cadre du district a été chargée d'offrir des services de soins de santé suffisants à la population locale comme aux réfugiés. Mise à part la coopération avec la GTZ, aucun organisme international de secours ne soutient le secteur de la santé. Le budget de la santé du HCR est directement transféré à l'équipe-cadre du district.

Principaux résultats

- Renforcement des capacités humaines et institutionnelles : les équipes-cadres et les autorités des districts ont été renforcées ; des comités de crise locaux ont été créés. A tous les niveaux, le personnel de santé local a été formé à la gestion des situations de crise.
- Amélioration du système d'information : notification rapide (système d'alerte) ; raccordement par radio des centres de santé à l'équipe-cadre du district.
- Permanence de l'approvisionnement en médicaments et des moyens logistiques : constitution d'un stock de médicaments et de matériel d'urgence, y compris de vaccins contre la méningite, de consommables et d'équipements techniques tels que les groupes électrogènes mobiles, les fourgonnettes, les lits pour le choléra, les tentes, etc.

- Traitement à proximité des collectivités : un centre de traitement du choléra a été construit et des centres de traitement supplémentaires (méningite, choléra) ont été aménagés dans les hôpitaux de district.
- Au niveau du district, la coopération intersectorielle en matière de gestion des situations de crise a été renforcée et inclut toutes les ONG nationales et internationales.

Conclusions

- En raison de l'approche de gestion participative et transparente et de la compétence démontrée par l'équipe-cadre du district dans l'analyse de la situation, l'établissement de priorités et la planification, de nombreux acteurs dont les intérêts et les priorités divergeaient ont collaboré à la réalisation d'un même programme et ont aidé à mettre les activités en œuvre.
- Au niveau du district, il est possible de créer les compétences nécessaires pour identifier les situations d'urgence dès le début et prendre les mesures nécessaires. Le sens des responsabilités et la capacité de réagir en utilisant les ressources disponibles au niveau du district sont très motivants.
- Il est possible de faire en sorte que les organisations internationales de financement (telles que le UNHCR, le PAM (Programme alimentaire mondial), l'Eglise et les bailleurs de fonds bilatéraux) reconnaissent les compétences locales de gestion au niveau du district et qu'elles délèguent leurs responsabilités à ce niveau.

Malgré l'augmentation de la charge de travail dans les services de santé existants, les données fournies par ces services sur la population du pays d'accueil se sont améliorées. Pour la population guinéenne, les taux d'interventions obstétricales, de couverture vaccinale, d'occupation des lits, d'accessibilité et de premiers soins sont restés stables et ont même augmenté entre 1992 et 1994 (Marx, 1995). L'évolution de l'économie dans les régions touchées par l'afflux de réfugiés, l'amélioration des transports et l'existence, au niveau des soins de santé, d'une « demande induite par les réfugiés » peuvent avoir contribué à améliorer l'utilisation des services par la population du pays d'accueil (Van Damme, 1998).

Sources d'informations complémentaires

- Banatvala, N., Zwi, A. (2000) Public health and humanitarian interventions: developing the evidence base; *British Medical Journal (BMJ)* 2000, 321
- Diallo, S. (1996) Indicateurs sanitaires du projet santé rurale des années 1991-1995; document du projet Kissidougou, Guéckédou
- Joffe, M., Chapple, J., Paterson, C., and Beard, R.W. (1994) What is the optimal cesarean section rate? An outcome based study of existing variation; *Journal of Epidemiology and Community Health*
- Marx, M., Dramé, M.L. (1998) Refugee-assistance programme in Guinea; *The Lancet*, vol. 352
- Marx, M., Cisse, S. (1996) Meningitis epidemic in Guinea; *Tropical Doctor*, vol. 26/1
- Odense Steering Committee (1996) Joint Evaluation of Emergency Assistance to Rwanda. The international response to conflict and genocide: lessons from the Rwanda experience. Study 3: Humanitarian Aid and efforts; Odense, Steering Committee of the Joint Evaluation of Emergency Assistance to Rwanda
- Reich, M.R. (1995) The politics of health sector reform in developing countries: three cases of pharmaceutical policy; *Health Policy* 32
- Sauerborn, R., Nitayarumphong, S., Gerhardus, A. (1999) Strategies to enhance the use of health systems research for health sector reform; *Tropical Medicine and International Health*, Vol. 4
- Siddique, A.K. et al. (1995) Why treatment centres failed to prevent cholera deaths among Rwandan refugees in Goma, Zaire; *The Lancet*, Vol. 345
- Van Damme, W. (1998) Effects of a refugee-assistance programme on host population in Guinea as measured by obstetric interventions; *The Lancet*, Vol. 351