



Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion

Institut Supérieur de Santé

MEMOIRE DE FIN DE CYCLE

DIPLOME D'ETUDES SUPERIEURES SPECIALISEES

OPTION: ECONOMIE DE LA SANTE

4^{ème} Promotion DESS-ES 2001-2003

THEME :



**ANALYSE DES COUTS D'UN PROJET DANS
L'OPTIQUE DE LA REPRODUCTIBILITE ET
DANS LE CADRE DE LA DEVOLUTION DES
ACTIVITES : CAS DU PROJET SANTE IVOIRO-BELGE
DANS LA REGION DU MOYEN-COMOE EN COTE
D'IVOIRE**

Présenté et soutenu par :

M0037DSES03

2

JRI DITY



Sous la Direction du :

DR. AMANI KOFFI
Enseignant à L'ISS au CESAG

JUIN 2003

TABLES DES MATIERES

DEDICACES	IV
REMERCIEMENTS.....	V
SIGLES & ABREVIATIONS.....	VII
LISTE DES TABLEAUX & GRAPHIQUES.....	VIII
LISTE DES ANNEXES.....	IX
INTRODUCTION.....	1
PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE ET OPERATIONNEL	4
CHAPITRE 1: LE CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE	5
I- PROBLEMATIQUE.....	5
I-1. Contexte du projet.....	5
I-1-1. contexte de la mise en œuvre des programmes d'appui au secteur de la santé Côte d'Ivoire.....	6
I-1-2. question de coûts et de pérennité des programmes d'appui à la santé.....	7
I-2. Enoncé du problème.....	8
II- LES OBJECTIFS DE L'ETUDE.....	9
II-1. Objectif Général	9
II-2. Objectifs Spécifiques.....	9
III- ETAT DES CONNAISSANCES	10
IV- METHODE D'ESTIMATION DES COUTS.....	19
CHAPITRE 2 : LE CADRE OPERATIONNEL DE L'ETUDE.....	21
I- CONTEXTE GENERAL	21
I-1. Données générales sur la Côte d'Ivoire.....	22
I-2. La Région sanitaire du Moyen-Comoé.....	23
II- CADRE OPERATIONNEL	24
II-1. Description du Projet Santé Ivoir-Belge.....	24
II-1-1. les activités de la Cellule2 du Projet Santé Ivoir-Belge.....	25
II-1-2. cadre logique de l'intervention.....	26
III- DEFINITION DES CONCEPTS.....	27
IV- PROCESSUS DE COLLECTE DE DONNEES ET SOURCES DE DONNEES.....	29
IV-1. Echantillonnage des visites des formations sanitaires du district.....	29
IV-1-1. la population d'étude.....	29
IV-1-2. la méthode d'échantillonnage.....	29
IV-1-3. les visites des formations sanitaires.....	29
IV-2. Les techniques de collecte de données.....	30
IV-2-1. l'analyse documentaire.....	30
IV-2-2. les entretiens	30
IV-2-3. le traitement de données.....	30
DEUXIEME PARTIE : ESTIMATION DES COUTS ET RESULTATS DE L'ETUDE.	
CHAPITRE I : APPLICATION DE LA METHODOLOGIE D'ESTIMATION.....	32
DES COUTS	
I- Identification des différentes composantes de la Cellule2 du projet.....	33
II - Recensement et description des fonctions de la Cellule2 du projet.....	34
III- Distinction entre les fonctions principales et les fonctions auxiliaires.....	35
IV- Imputation des charges directes aux fonctions de la Cellule2 du projet.....	37
V- Répartition primaire des charges indirectes entre les fonctions.....	39
VI- Répartition secondaire.....	39

CHAPITRE II : LES RESULTATS DE L'ETUDE.....	40
I- ANALYSE DES COUTS DE LA CELLULE 2 DU PROJET.....	41
I-1. coûts et profils des coûts.....	41
I-2. coûts des fonctions principales du projet.....	42
I-3. mesure des effets obtenus par le projet en termes de résultats.....	43
I-3-1. mise en œuvre des activités de la Cellule2 du Projet.....	45
I-3-2. coût de revient par activité de la Cellule2 du Projet.....	46
I-3-3. calcul des ratio coût-efficacité.....	47
II- ANALYSE DES SOURCES DE FINANCEMENT.....	48
II-1. Identification des différentes sources de financement.....	49
II-2. Analyse des sources de financement.....	50
TROISIEME PARTIE : DISCUSSIONS ET RECOMMANDATIONS.....	51
CHAPITRE I : DISCUSSIONS DES RESULTATS DE L'ETUDE ET LES CONDITIONS DE REPRODUCTION DES ACTIVITES DE LA CELLULE2 DU PSIB	
I- Discussion sur l'analyse des coûts du projet et possibilités de reproduction.....	52
des activités	
II- Les Limites de l'étude.....	53
III- Analyse de la pertinence entre les questions de recherche et les résultats de l'étude	54
CHAPITRE II : DISCUSSIONS DE LA REPRODUCTIBILITE DES ACTIVITES DE LA CELLULE2 DU PSIB	
I- Analyse des facteurs favorisant une augmentation des coûts des activités.....	56
de la Cellule2 du projet	
II- Analyse des facteurs favorisant une diminution des coûts des activités.....	57
de la Cellule2 du projet	
III- Analyse des conditions de reproductibilité des activités de la Cellule2 du projet.....	59
dans un autre contexte	
IV- Simulation des coûts de reproduction des activités de la Cellule2 du Projet.....	64
V- Analyse des conditions de dévolution des activités de la Cellule2 du Projet.....	66
CHAPITRE III : RECOMMANDATIONS.....	68
I- Aux Responsables de la Cellule2 du PSIB.....	68
II- Aux Bailleurs de fonds, la CTB et l'Etat de Côte d'Ivoire.....	69
III- Au Ministère de la Santé à travers, la Direction Régionale de la santé et	70
les Districts sanitaires du Moyen-Comoé	
CONCLUSION.....	71
BIBLIOGRAPHIE.....	72
ANNEXES.....	74

DEDICACES

A MON SEIGNEUR JESUS-CHRIST, POUR SON AMOUR ET SA MISERICORDE ; QU'IL NOUS TEMOIGNE ET DE SA FIDELITE MANIFESTE. EN LUI, LA SAGESSE ET L'INTELLIGENCE DONT IL NOUS INSPIRE. NOUS LE GLORIFIONS POUR SON SAINT NOM.

- A mon Père et ma Mère, **Hilaire et Marie-Rose**, pour tous vos soutiens permanents dans mon cursus scolaire et universitaire. je tiens à vous remercier pour cet amour indéfectible.
- A mes frères et sœurs, **Albéric, Edmond, Alexis, Jacques, Catherine et Grâce** pour leurs encouragements.
- A mon oncle **Mayou Dieudonné** et à toute sa famille, **Georges, Ernest**, et les autres pour leur assistance et leurs encouragements si précieux.
- A mon oncle **Vaha Wahi**, sa femme **Catherine** et à toute sa famille pour leurs soutiens.
- A la grande famille **Vaha** pour leurs encouragements et cette fraternité qui existe entre tous les membres.
- A ma chère et bien aimée **Valentine Baedan**, pour le témoignage de mon amour et de ma reconnaissance à toi. Merci pour ton courage et ta sincérité pendant toute cette formation.
- A **Vaha Elise**, la grande sœur, que tu trouves là du courage et des ressources nécessaires après la disparition de notre cher regretté **Eric Guirio**, que la terre lui soit légère.
- A **Valérie Kamenan**, à Paris pour son amour sans cesse.
- A **Patrice et Emily** pour leurs soutiens. J'en suis reconnaissant.
- A tous mes amis et connaissances : **Michel, Abou, Thierry, Yousouf, Serges, Pélagie, Nicole** et tous les autres, merci

LISTE DES FIGURES

Figure n°1 : Distribution de la mortalité en fonction du sexe et des causes de mort

Figure n°2 : Distribution de la mortalité selon le niveau d'instruction

LISTE DES SCHEMAS

SCHEMA: Diagramme des flux des déterminants socioéconomiques selon MOSLEY et CHEN

Modèle Conceptuel d'analyse

- ☒ A tous les membres de l'AIC (Association des Ivoiriens du CESAG)
- ☒ Au Sénégal, ce pays qui nous a accueilli pour cette formation .
- ☒ A tous ceux qui ont été oubliés, qu'ils trouvent en ces mots, l'expression de notre profonde gratitude.

MERCI à TOUS

SIGLES & ABREVIATIONS

AP : Arrangement Particulier entre le Royaume de Belgique et la République de Côte d'Ivoire concernant le Projet Santé Ivoir-Belge

ASC: Agent de Santé Communautaire

AT/DRS/CE2 : Assistant Technique à la Direction Régionale de la Santé

BGF : Budget Général de Fonctionnement

CAT : Centre AntiTuberculeux

COGES : Comité de Gestion des centres de santé

CE2 : Cellule des Programmes sanitaires du Projet Santé Ivoir-Belge

CE1 : Cellule des Programmes d'Investissements

CHR/ ABG : Centre Hospitalier Régional d'Abengourou

CREMM : Centre Régional de l'Équipement, du Matériel et de la Maintenance

CSR/U : Centre de Santé Rural / Urbain

CS-MAT : Centre de Santé et Maternité

CTB : Coopération Technique Belge

DD : Direction Départementale (District de santé)

DRS : Direction Régionale de la Santé du Moyen-Comoé

DTF : Document Technique et Financier

ECD : Equipe Cadre de District

FED : Fonds Européen de Développement

FSU/R : Formation Sanitaire Urbaine/Rurale

GTZ : Coopération Technique Allemande

HG : Hôpital Général d'Agnibilékrou

IEC : Information, Education, Communication

MSP : Ministère de la Santé Publique

MST : Maladies Sexuellement Transmissibles

ONG : Organisation Non Gouvernementale

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMA : Paquet Minimum d'Activités

PSIB : Projet Santé Ivoir-Belge

RGPH : Recensement Général de la Population et de l'Habitat

UE : Union Européenne

LISTE DES TABLEAUX & GRAPHIQUES

Tableau n°1 : Répartition des formations sanitaires urbaines et rurales par District de Santé de la Région Sanitaire du Moyen-Comoé

Tableau n°2 : Cadre logique de l'intervention (PSIB)

Tableau n°3 : Répartition des activités selon les composantes de la Cellule2 du PSIB

Tableau n°4 : Répartition des activités selon les fonctions de la Cellule2 du PSIB

Tableau n°5 : Classification des ressources directes entre les fonctions de la Cellule2 du PSIB

Tableau n°6 : Détermination des clés de répartition

Tableau n°7 : Clé de répartition selon nombre de km parcourus par les véhicules de la Cellule2 du PSIB

Tableau n°8 : Clé de répartition du bâtiment selon les différents services du projet

Tableau n°9 : Nombre de km parcourus par les véhicules de la Cellule2 du PSIB

Tableau n°10 : Coûts et profils des coûts de la Cellule2 du PSIB

Tableau n°11 : Coûts des différentes fonctions de la Cellule2 du PSIB

Tableau n°12 : Distribution des ressources selon les fonctions du PSIB

Tableau n°13 : Détermination des coûts de revient par activité du projet

Tableau n°14 : Ratio coût-efficacité par activité de la Cellule2 du PSIB

Tableau n°15 : Répartition des apports selon l'origine du financement de la Cellule2 du PSIB

Tableau n°16 : Résumé des coûts de reproduction de la Cellule2 du PSIB

Figure n°1 : Schéma du processus analytique de calcul des coûts

Figure n°2 : Proportion des apports au coût total de la Cellule2 du PSIB

Figure n°3 : Répartition des coûts de fonctionnement selon les composantes de coût de la Cellule2 du PSIB

Figure n°4 : Répartition des coûts selon l'origine du financement de la Cellule2 du PSIB

Figure n°6 : Répartition des coûts selon les fonctions du projet

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1 : Rapport du bilan financier de la Cellule2 du PSIB

ANNEXE 2 : Présentation des structures sanitaires et rurales de la Région
du Moyen-Comoé

ANNEXE 3 : Structures managériales du Projet Santé Ivoir-Belge

ANNEXE 4 : Répartition des charges de personnel de la Cellule2 du PSIB

ANNEXE 5 : Répartition des apports selon l'origine du financement de la
Cellule2 du PSIB

ANNEXE 6 : Tableau de répartition des charges indirectes de la Cellule2 du PSIB

ANNEXE 7 : Classification des charges directes et indirectes entre les fonctions
de la Cellule2 du PSIB

ANNEXE 8 : Nomenclature budgétaire du Ministère de l'Economie
et des Finances RCI

INTRODUCTION

La question du financement de la santé est au cœur des réformes du secteur de la santé. Elle est primordiale en Afrique subsaharienne dans ce contexte de rareté des ressources.

En effet, le financement s'est posé sous de nouveaux termes à savoir la recherche de l'efficacité et la pérennité des services de santé tel que prôné par l'initiative de Bamako en 1987.

Cela est d'autant plus que réel dans la mesure où l'on constate une diminution constante de la part des dépenses publiques de santé dans les dépenses publiques totales.

Cette part est passée par exemple en Côte d'Ivoire de 8,2% à 5,9% entre 1992 et 1997¹. Au Bénin et au Niger, elle est respectivement de 1,6% du PIB et 2,1% du PIB en 1998².

Les ressources allouées ne couvrent en général que les salaires du personnel, alors qu'il y'a une augmentation du coût des soins pour les ménages³.

De ce fait, des ressources supplémentaires pour les services de santé doivent être mobilisées.

Ainsi, d'après une étude de la Banque Mondiale, la part du financement des bailleurs de fonds, représentait 20% du financement des dépenses de santé en Afrique subsaharienne⁴.

Dans les pays à très faibles revenus, les contributions de donateurs constituaient à 53% des dépenses de santé du secteur public, baissant à 41%. Et, une grande partie de ces fonds, est consacré à des programmes de santé⁵.

En effet, la mise en oeuvre des programmes de santé nécessitent que l'on s'accorde sur la connaissance de leurs coûts réels. Sans ces informations, la définition des priorités ainsi que l'allocation des ressources rares, resteront floues. D'où, certains programmes de santé dans les pays en développement, se sont avérés souvent coûteux et peu efficaces ces dernières décennies. L'échec partiel doit être imputé tant aux structures destinataires qu'aux approches des donateurs. Parmi les causes, il convient de mentionner la mauvaise gestion des ressources rares, le financement des projets qui ne sont pas financièrement viables et pérennes, la méconnaissance des règles et des coutumes locales et le manque de volonté politique.

1 www.who.int/ Letouzé D et Kamara K CERDI 2000. Données 96 MSP-CI

2 PNUD, indicateurs provenant du rapport mondial sur le développement humain 2001

3 D Feranti, financing health services in developing countries, World Bank, 112 p

4 Banque Mondiale, le financement des soins de santé en Afrique subsaharienne par la tarification des services et l'assurance. Washington 1995, 111 p

5 Banque Mondiale, pour une meilleure santé en Afrique, 1993 p114

L'offre de services, la création de ressources, le financement et la responsabilité de la gestion des structures de santé n'étaient pas organisés au niveau le plus bas possible.

C'est pourquoi, l'accent mis dernièrement par l'O.M.S. sur le renforcement des systèmes de santé de district dans le cadre de l'initiative de Bamako, devrait avoir des répercussions considérables sur les efforts de santé des pays Africains.

L'impératif de pérennisation des activités des programmes de santé nécessite une maîtrise des coûts ressources nécessaires à la fourniture des services au niveau district et la connaissance de leurs coûts de production.

A cet effet, l'analyse des coûts donne des informations sur les coûts des ressources nécessaires pour réaliser un projet.

Elle permet de calculer les coûts des prestations et des services fournis par un programme⁶.

Ainsi, nous pensons que la présentation de l'information en termes de coûts stimulera l'action et le support des bailleurs de fonds. Ces informations permettront de savoir combien coûte le programme ? où est dirigée la plupart des ressources ? de quelle manière elles se répartissent entre les différents intervenants ?

La mesure des coûts et des flux financiers, avec la plus grande précision, est une activité indispensable dans la gestion d'un système de soins.

Au vue de ces insuffisances et eu égard aux informations pertinentes, indispensables pour une meilleure prise de décision, l'analyse des coûts contribuera à améliorer l'efficience et la viabilité financière des programmes de santé.

Pour cela, nous allons l'entreprendre pour des raisons liées à l'ignorance de la mesure des coûts, l'absence de données fiables sur les coûts et la non maîtrise des coûts des organisations. C'est dans ce souci, qu'il est apparu opportun de nous intéresser dans cette étude, à l'analyse des coûts de la Cellule des programmes sanitaires du Projet Santé Ivoir-Belge (PSIB), pour étudier les possibilités de reproduction des activités du projet dans un autre contexte.

La mise en œuvre de ces activités occasionnant des coûts, la dévolution de ces activités à la Région implique une meilleure connaissance du coût de ces activités dévolues surtout que l'objectif global du PSIB était d'améliorer l'état sanitaire et social de la population.

Comme objectif spécifique, les activités des différentes composantes devraient être assurées complètement, améliorées qualitativement et plus performantes.

6 www.erc.msh.org/readom/français/coreisfr.htm

Le plan de notre étude s'articulera autour de trois parties : le cadre théorique et opérationnel (I), l'application du cadre opérationnel et l'analyse des coûts du PSIB (II), les discussions et recommandations sur les coûts de reproduction et les conditions de dévolution des activités du projet (III).

CESAG - BIBLIOTHEQUE

PREMIERE PARTIE

CADRE THEORIQUE

ET

OPERATIONNEL

CHAPITRE I LE CADRE THEORIQUE

I. PROBLEMATIQUE

I.1. Le Contexte

Le contexte fait état de la situation socio-sanitaire ainsi que de la mise en œuvre des programmes d'appui au secteur de la santé en Côte d'Ivoire. Il soulève les questions liées aux coûts et à la pérennité des activités des projets.

I.1.1. L'état de la situation socio-sanitaire

Au cours de ces dernières décennies, la situation socio-sanitaire en Côte d'Ivoire n'est guère reluisante. Ainsi, le taux de mortalité infantile était de 102‰ en 1999 et l'espérance moyenne de vie, qui se situait à 47,7ans, est à 11 années de différence en comparaison avec le reste des pays en développement à faible revenu. Le taux de mortalité maternelle, de 597 pour 100.000 naissances vivantes en 1999, est plus important que celui des pays développés⁷.

Dans la Région sanitaire du Moyen-Comoé, la mortalité maternelle et la mortalité infantile restent aussi un réel problème de santé publique. Les indicateurs de santé révélaient des taux respectifs de 191 pour 100.000 et 4‰ en 1998.

La couverture vaccinale des enfants de 0 à 11 mois était de 67,12% en 1998 alors que l'objectif national est de 80%. Le taux d'utilisation des services curatifs était de 35,38%⁸.

Le taux de prévalence du VIH/SIDA est de 14% dans la Région⁹. De plus, les effets négatifs des programmes d'ajustement structurels dans les secteurs sociaux ont entraîné des difficultés dans l'accessibilité aux soins des populations.

Ainsi, le développement des soins de santé primaires, en particulier au niveau régional et de district, constitue une préoccupation essentielle en Côte d'Ivoire.

Elle est devenue cruciale dans le cadre de décentralisation des services de santé en cours depuis 1991¹⁰.

7 PNUD, Indicateurs provenant du rapport mondial sur le développement humain 2002 pp 169,177

8-9 Direction Régionale de la santé, données socio-sanitaires administrative et sanitaires 2000 Moyen-Comoé CSE régional

10 Rapport d'évaluation externe du PSIB, avril 1999, pp 62

Les districts de santé, créés depuis 1994, sont considérés comme le cadre opérationnel local nécessaire à la mise en œuvre des SSP. Malheureusement, les districts ne sont pas encore pleinement opérationnels, ainsi que l'a relevé le Ministre de la Santé Publique¹¹.

Ils sont confrontés à de nombreuses difficultés. Les ressources dégagées sont insuffisantes et souvent mal utilisées. Face à ces nombreux problèmes, plusieurs bailleurs de fonds et agences de coopération bilatérales, ont mis en œuvre des projets ou programmes d'appui au secteur de la santé.

Nous allons décrire la mise en œuvre de ces programmes d'appui au secteur santé Côte d'Ivoire.

1.1.2. La mise en œuvre des programmes d'appui à la santé

L'approche programme exécutée, à travers le plan sectoriel pour la santé 1995-1997 du gouvernement ivoirien avec l'aide des bailleurs de fonds, visait l'amélioration de l'état de santé des populations¹².

Ainsi, des ressources étaient affectées spécifiquement à des Régions sanitaires ou districts de santé et il s'agissait d'en suivre l'utilisation et les résultats.

Le Programme d'Appui de la Commission Européenne assistait le Ministère de la Santé Publique dans la mise à disposition des populations des soins de base et des médicaments essentiels, dans des conditions d'accessibilité géographique et financière acceptables.

Les appuis communautaires envisagés portaient essentiellement sur la consolidation des actions initiées dans la Région du Sud-Ouest (San-Pédro) et du Centre-Ouest (Daloa) du pays, et à la valorisation des outils de gestion élaborés dans le cadre du programme 7ème FED dans trois autres Régions sanitaires.

En outre, la Coopération Française a apporté son appui à la Direction Régionale de la Santé Sud à Abidjan dans le cadre du **Projet Santé Abidjan (PSA)**. Celui-ci, défini avec les autorités ivoiriennes en mai 1991, visait à améliorer quantitativement et qualitativement l'offre de soins de l'agglomération d'Abidjan afin de permettre un recours plus facile aux soins essentiels, à un prix abordable. Aussi, la Coopération Allemande (GTZ) a défini sa zone opérationnelle au niveau de la Région Ouest à Man dans le cadre d'un projet similaire.

11 4^{ème} journées bilan du MSP-CI du 16 au 19 décembre 1997

12 MSP-CI, Plan sectoriel pour la santé et les affaires sociales 1995-1997, pp2

La Coopération Technique Belge (CTB) s'est occupée de la Région Est à travers le **Projet d'Appui à la Région Sanitaire du Moyen-Comoé**. Elle visait une décentralisation effective des services périphériques de santé.

Ces options développées par ces partenaires n'ont pas toujours été satisfaisantes dans la mesure où ces Régions et districts sanitaires sont confrontées au problème de pérennisation et de dévolution des activités.

Une étude de l'OCDE sur l'impact des programmes de santé, a montré que la pérennisation des activités, passe par l'implication des pays et des populations bénéficiaires même si les stratégies sont efficaces.

Tel sera, l'intérêt pour la question de coûts des programmes de santé et le fondement de l'énoncé de notre problème de recherche.

1.2. Enoncé du problème

Une analyse du rapport de la mission d'évaluation externe du Projet Santé Ivoir-Belge (PSIB) au cours de la deuxième année d'exécution en 1999, a révélé qu'à l'achèvement du projet, on aurait dépensé près de 5,75 milliards de FCFA et que le coût de fonctionnement de la Région et des deux districts peut être estimé à un minimum de 933 millions de FCFA en 1999¹³ y compris les crédits délégués affectés aux structures sanitaires de la Région. Ceci, mis en parallèle avec les prestations fournies en 1999, souligne une faible efficacité du projet si l'on met en rapport une estimation grossière des moyens investis et les résultats.

En outre, le document technique et financier (DTF) et l'arrangement particulier (AP) sur lesquels se fondent la conception et l'exécution des activités du projet ne sont pas suffisamment précis sur la question de savoir s'il s'agit de cogérer une action commune et non les seuls apports belges du projet.

Aussi, le caractère trop détaillé du DTF sur le plan des activités et des dépenses posent des problèmes d'exécution de ces activités.

Par ailleurs, l'examen du bilan financier (annexe1) ne fait ressortir que les charges récurrentes du projet de façon globale alors que l'analyse des coûts doit tenir compte des coûts récurrents des investissements propres du projet. Mais, celles-ci sont ignorées dans l'évaluation des coûts des activités du projet belge.

13 MALENGRO, Rapport de mission d'évaluation externe 1996-200 PSIB-CTB pp 69

Cela pose la problématique du coût réel des activités produites et de la viabilité financière des investissements réalisés.

En plus, ces ressources ont un coût économique supporté par le projet mais pas aussi visibles que ceux produits dans le bilan financier.

Ainsi, il apparaît évident que la Cellule2 du PSIB n'est pas en mesure de déterminer les coûts de production de ces activités. Il en est de même de la Coopération Technique Belge (CTB), l'agence d'exécution qui ne connaît pas le coût total du projet.

A ce jour, aucune étude de coûts n'a été entreprise. Or, si l'on veut pérenniser les activités, il faut anticiper leurs coûts et les modalités de leurs financement. Pour anticiper leurs coûts, on peut s'appuyer sur une analyse des coûts du projet, mais ceux-ci sont mal connus. Surtout que pour continuer à financer les activités d'un projet, il faut savoir ce qu'elles coûtent et voir comment les financer. Ce qui ne semble pas être le cas de la Cellule2 du PSIB.

Cette méconnaissance sur les coûts pertinents peut avoir des conséquences. Elle soulève des problèmes liés à la pérennité des activités du projet. A l'analyse, les questions du financement des projets sans l'aide extérieure et celles de l'efficacité économique des stratégies, ne doivent pas être comprises uniquement sous forme de mobilisation de ressources additionnelles.

Elles signifient également une meilleure utilisation des ressources disponibles. Cette double exigence prend son sens dans ce contexte de réduction de l'aide et du transfert des responsabilités des bailleurs de fonds et autres donateurs à la santé aux structures locales.

Elle doit interpeller tous les acteurs du système de santé dans la mesure où il est judicieux de connaître les coûts des activités que ces projets mobilisent ? comment justifient-ils la pertinence et l'efficacité de leur action pour bénéficier des appuis financiers extérieurs ? les fonds mobilisés répondent-ils aux besoins prioritaires des populations concernées ? et ont-ils prévu les conditions de dévolution des activités aux régions sanitaires et districts de santé ?

Ces questions montrent l'intérêt de l'évaluation des coûts des activités des projets.

Elles sont au cœur de la prise de décisions en influant fortement sur les cadres institutionnels et financiers d'évolution des districts sanitaires. Ces derniers étant de plus en plus placés au centre des préoccupations des bailleurs qui souhaitent engager leurs fonds.

Notre étude a pour but de contribuer à la pérennité des activités du Projet Santé Ivoir-Belge, par l'analyse des coûts de la Cellule des programmes sanitaires, afin de renforcer la capacité gestionnaire du système de santé au niveau district.

II. LES OBJECTIFS DE L'ETUDE

• Objectif Général

Cette étude vise à analyser les coûts des activités de la Cellule2 du PSIB afin de contribuer à déterminer les conditions de reproduction de ces activités dans un autre contexte.

• Objectifs Spécifiques

- ❖ Identifier les fonctions d'activités et les ressources engagées par ces activités au niveau de la Cellule2 du PSIB ;
- ❖ Calculer le coût des fonctions principales de la Cellule2 du PSIB ;
- ❖ Identifier et analyser toutes les sources de financement de la Cellule2 du PSIB;
- ❖ Déterminer les coûts totaux et les coûts moyens des activités de la Cellule2 du PSIB ;
- ❖ Identifier les facteurs ayant une influence sur les coûts et les conditions de reproduction des activités de la Cellule2 du PSIB;
- ❖ Analyser la mesure de l'efficacité du projet.

III. L'ETAT DES CONNAISSANCES

L'état des connaissances est relatif à l'analyse des coûts des projets ou programmes de santé développée par des auteurs. Ceux-ci soulèvent les questions de coûts des programmes et stratégies de soins de santé et montrent l'importance de l'analyse des coûts dans la prise de décision en matière de gestion et de planification des actions sanitaires.

Nous avons recensé des travaux liés à l'analyse des coûts des programmes de santé en rapport avec l'objet de notre étude. Elles peuvent regrouper en :

♦ l'analyse des coûts dans les programmes de soins de santé

Greg Stoddart et Georges Torrance, dans les "**Méthodes d'évaluation économique des programmes de santé**", font une distinction claire de l'analyse des coûts des autres formes d'évaluations économiques dans le domaine de la santé. [16]

L'analyse des coûts est centrée sur les coûts des interventions sanitaires. Elle repose sur plusieurs raisons et objectifs qui guident le choix d'une étude visant à renforcer la prise de décision.

Pour eux, les méthodes d'allocation des ressources rares s'appuient sur des critères rationnels, fondements mêmes des études de coûts des programmes de santé.

Une étude réalisée par le Ministère de la Santé Guatémaltèque pour évaluer les coûts des prestations de services intégrés en matière de santé de la reproduction, révèle que le coût des prestations de services intégrés, peut être fortement réduit lorsqu'on fournit plus d'un service lors d'une même visite. [23]

L'objectif de cette analyse des coûts était de mesurer les dépenses marginales qu'entraînerait l'ouverture de services supplémentaires demandés par les femmes qui fréquentent les dispensaires et centres médicaux du Ministère de la santé.

L'étude a permis de faire une estimation des coûts directs des services, des coûts indirects et des dépenses attribuables à l'infrastructure sanitaire. Le coût d'un programme fournissant plus d'une prestation par visite est considérablement inférieur aux coûts des prestations individuelles. Par exemple, les services post-natals et de planification familiale reviennent à 32,60\$ lorsqu'ils sont fournis séparément. Lors d'une même visite, ils reviennent à 19\$. De même, les services à un enfant bien portant et les vaccinations coûtent 21,50\$ lorsqu'ils sont fournis séparément et 14\$ lorsque ces services sont intégrés.

Plusieurs facteurs ont un impact sur le montant du coût des services de santé de la reproduction intégrés, autres que ceux prévus dans le forfait. Le degré d'intégration des prestations de services est également un facteur important.

Ainsi, avant de réaliser une analyse des coûts, tout chercheur doit avoir clairement identifié les questions auxquelles il veut répondre, l'objectif recherché et l'utilisation des résultats. Ces éléments aideront à définir les limites de l'étude.

C'est ce souci qui a guidé l'étude de Malicky Raïma sur l'analyse des coûts d'un projet dont le but était de pérenniser la prise en charge thérapeutique des IST et des affections opportunistes chez des patients atteints du VIH/SIDA dans les structures sanitaires périphériques ciblées au Sénégal [2]. Celle-ci met en évidence les coûts réels des activités de vente des médicaments dans la pharmacie IB. L'objectif était de déterminer les coûts à recouvrer au niveau d'un service le réapprovisionnement en médicaments tel que prôné par l'initiative de Bamako (IB). Pour y parvenir, elle utilise la méthode des coûts complets. Elle a fait ressortir les procédures de tarification et de recouvrements des coûts à l'aide des outils de gestion et a montré que le total des charges supportées représentent 59,5% de la marge brute. L'ensemble des charges de fonctionnement sont pour 88,4% de la marge brute pour les

structures sanitaires ciblées. Mais, des limites apparaissent dans la détermination du coût des activités nécessaires pour assurer la disponibilité des médicaments et l'élaboration des outils de gestion propres à ces structures.

Savadogo Eugène toujours dans le but d'assurer la pérennité d'un projet orienté vers les IST/SIDA, a mis en évidence sur la base de la méthode des coûts spécifiques, les coûts annuels et moyens de la mise en œuvre d'une stratégie de prise en charge des MST classiques par l'approche syndromique dans un district sanitaire au Burkina Faso [3]. L'application de la stratégie dont l'efficacité est démontrée, nécessite des informations sur les coûts. D'où il révèle que les coûts renouvelables représentent 83% des coûts totaux alors que les coûts additionnels concernent 87% des charges totales. Son analyse renseigne sur le choix des méthodes de calcul des coûts pouvant influencer les coûts des ressources. Les limites concernent la méthode des coûts utilisée qui serait plus pertinente si l'on cherchait à comparer les coûts des options du projet et son niveau d'efficacité.

C'est en cela que Emmanuel Seini tente d'y répondre à travers une analyse des coûts d'un projet de distribution à base communautaire.

Il ne s'agit pas d'une analyse coût efficacité sur le plan méthodologique mais une information sur les coûts des ressources utilisées pour calculer le coût de revient dudit programme. Le but étant d'améliorer l'efficacité des activités par une analyse de l'origine et des modalités de financement dans l'optique de pérennisation des activités de soins.

Andrew Creese et David Parker, dans les **“Directives d'Analyse des coûts pour les programmes de soins de santé primaires”**, font la distinction entre le coût financier et le coût économique [17]. Le coût financier correspond à la valeur des dépenses réelles affectées aux biens et aux services achetés. Quand au coût économique, il tient compte du coût de l'utilisation des ressources, dans la mesure où elles sont alors indisponibles pour être utilisées de manière productive ailleurs. Les principales différences entre les deux termes résident dans la manière dont ils considèrent divers éléments tels les biens et les services donnés, les autres apports dont les prix sont erronés ou altérés et les investissements. Dans la même logique, une classification des coûts selon les apports permet de distinguer les coûts de fonctionnement des coûts d'investissements. Les coûts de fonctionnement sont considérés comme des éléments nécessaires au fonctionnement (ceux qui sont utilisés pendant la durée d'une année et font l'objet d'achats réguliers) et les Investissements (capitaux investis dont les effets se font sentir

sur plus d'une année tels les véhicules, les bâtiments et les équipements).

Les autres classifications possibles le sont :

- ♠ par fonctions ou activités
- ♠ selon l'échelon d'affectation (national, district, communauté)
- ♠ selon l'origine du financement
- ♠ par devises

Les modalités selon lesquelles les ressources sont allouées peuvent varier en fonction des types de coûts considérés et de la nature des ressources. Le partage des coûts entre plusieurs programmes nécessite des clés de répartition en ce qui concerne les coûts indirects liés à une ou plusieurs activités.

L'analyse des coûts des programmes de santé peut être entreprise aussi pour un certain nombre de raisons et en fonction des objectifs fixés.

Les chercheurs de l'ONUSIDA dans les **“Directives d'évaluation des coûts des stratégies de prévention du vih/sida”** soulignent que les objectifs des programmes fondent ces études. [20]

Les objectifs d'une analyse des coûts peuvent être de :

a) étudier les possibilités de reproduction d'un projet

Les motivations d'une évaluation des coûts n'émanant pas du projet lui-même, les objectifs concerneront la possibilité de le reproduire et d'en extrapoler les résultats.

L'objectif d'une telle évaluation des coûts ne sera alors probablement pas de récapituler les informations sur les coûts actuels d'un projet, mais plutôt d'évaluer les coûts de la stratégie concernée par rapport à ceux des principales autres stratégies. Il s'agit de fournir des informations sur les coûts nécessaires pour reproduire le projet ailleurs. Si, l'objectif est de fournir des informations sur les coûts totaux d'une stratégie dans la perspective de la reproduire, il faudra réunir des données sur les coûts de fonctionnement et sur les coûts de lancement.

Ainsi, l'étude de Béhibro Kwassy Rostand sur les coûts et reproductibilité d'un projet, a tenté de montrer que les coûts de reproduction du projet dépendaient de la prise en compte de l'ensemble des ressources [1]. Cette étude renseigne sur les coûts prévisionnels du projet et a permis d'estimer le coût réel des ressources engagées.

Par ailleurs, en faisant ressortir le profil des coûts du projet sida2, il a dégagé les conditions de reproductibilité et analysé l'origine des sources de financement du projet.

La méthode utilisée est celle des coûts complets. Les résultats de l'étude ont montré que les charges de fonctionnement représentaient 74% du coût total. Les coûts en capital et les charges d'amortissements représentaient 16% et 10% du coût total du Projet Sida2.

Des limites apparaissent au niveau de la détermination du coût total des ressources engagées par l'Ong ASAPSU. Le manque d'information sur certaines ressources a engendré des problèmes au niveau de la répartition des charges communes même si des justifications ont été apportées.

Cela est dû au caractère arbitraire des clés de répartition et c'est l'une des limites de la méthode des coûts complets. En outre, les conditions de reproduction des activités du projet ne prennent en compte que les aspects économiques et non la dimension sociale dans le cadre des projets de lutte contre le IST/ SIDA.

Les objectifs de notre étude auront trait à la possibilité de reproduire les activités d'un projet mais aussi d'étudier les conditions de dévolution de ces activités.

b) modifier un projet et en assurer la durabilité

Dans le cas où l'initiative de l'évaluation des coûts viendrait du projet lui-même, les informations concerneront la combinaison de plusieurs objectifs suivants : améliorer la budgétisation, suivre l'évolution des coûts, planifier une amélioration du système actuel. On pourra, par exemple, être particulièrement intéressé par la durabilité d'un programme et chercher une estimation précise du budget nécessaire pour assurer sa pérennité. L'analyse des coûts peut également être utilisée pour savoir s'il est possible d'élargir le projet ou d'en améliorer l'efficacité.

c) étudier l'efficacité d'un projet

Les objectifs de l'évaluation des coûts peuvent être d'analyser les coûts actuels d'un projet déjà établi pour recenser les éventuelles économies réalisables et améliorer l'efficacité d'un service. Concernant un projet particulier, un administrateur peut vouloir analyser les dépenses pour connaître les secteurs d'un programme qui induisent des dépenses faibles ou au contraire élevées.

Cela nous conduit à une définition du concept de coûts et les méthodes d'estimation de ces coûts.

♦ Le concept de coût et les méthodes d'estimations des coûts

• Le concept de coût

Les économistes définissent un coût comme étant la valeur des ressources utilisées pour produire un bien ou un service¹⁸. Toutefois, il y a différentes manières d'évaluer les ressources. Les deux principales sont l'évaluation des coûts financiers et celle des coûts économiques.

Pour évaluer les coûts financiers d'un projet, il nous faut connaître le prix et la quantité de toutes les ressources utilisées.

Les économistes conçoivent les coûts de manière plus large. Ils les définissent par rapport aux utilisations possibles d'une ressource qui ont été abandonnées du fait d'une utilisation spécifique de cette ressource. Ces coûts de renonciation tiennent compte du coût de l'utilisation des ressources, dans la mesure où elles sont alors indisponibles pour être utilisées de manière productive ailleurs. Ainsi, pour nombre de programmes de santé, on peut facilement répertorier les ressources dont la contrepartie monétaire est minime, voire nulle.

Tel est le cas des volontaires qui travaillent sans rémunération, des vaccins ou autres produits obtenus à des conditions très avantageuses ou fournis à titre de dons par des organisations ou des personnes¹⁹.

Le choix de l'utilisation d'une approche financière, d'une approche économique ou des deux dépend des objectifs de l'analyse. Si l'objet de l'évaluation des coûts est de comparer les dépenses par rapport aux affectations budgétaires, ou d'étudier le caractère financièrement abordable d'un projet, alors seules les dépenses réelles du projet doivent être prises en compte. Dans ce cas, le coût financier d'une ressource utilisée pour laquelle rien n'a été payé, un bien donné par exemple, est égal à zéro.

Si, par ailleurs, l'objet de l'évaluation est d'étudier la durabilité du projet ou la possibilité de le reproduire ailleurs, la préoccupation sera d'enregistrer les coûts de toutes les ressources utilisées, qu'elles aient été payées ou non sur le budget du projet. Dans ce cas, le coût économique des biens et des services donnés, évalué à leur prix marchand, est utilisé dans l'analyse²⁰.

- **Les méthodes de calcul des coûts**

La mesure des coûts repose sur plusieurs considérations à prendre en compte. En général, il faut préciser le contenu du coût, le moment ou la période de sa mesure, les types de coûts, les fonctions et activités du programme et le niveau de décision.

- **Le contenu**

Il faut faire la distinction entre les coûts complets et les coûts partiels²¹. Les coûts complets intègrent les charges directement imputables à la production d'un service donné et une quote-part de celles qui sont communes à la production des autres services de l'entité considérée.

Cette quote-part représente les charges indirectes imputables à la production de ce service. Cette méthode de calcul de coûts permet de déterminer le coût de revient complet du service produit. Elle présente des limites au niveau de la répartition des charges indirectes (détermination des clés de répartition).

Le calcul des coûts partiels intègre uniquement une partie des charges. Les coûts variables qui y sont calculés, n'intègrent que les charges variables directes et indirectes, et les coûts spécifiques.

Ces derniers, en plus des charges variables intègrent les charges fixes directes. Dans le cadre de notre étude, nous allons prendre des charges directes et charges indirectes.

- **Coût selon la période**

Les chercheurs de l'ONUSIDA notent que la période choisie peut dépendre de la maturité du projet. Au cas où la stratégie concernée a une durée de vie limitée, l'analyse englobe tous les coûts, même les coûts des activités de lancement du projet. Dans le cas d'une stratégie bien institutionnalisée et dont l'activité est remplie correctement, il serait judicieux de n'évaluer que les coûts de fonctionnement.

Les données collectées sur plus d'un an doivent être retraitées et ramenées sur une année de base constante avant de les additionner.

¹⁹ Codex d'économie de la santé, DSES, CESAG, 2001 pp82

²⁰ ONUSIDA, Directives d'évaluations des stratégies de lutte contre le sida, pp 89

²¹ Dubrulle L, Séverin R ; comptabilité analytique de gestion, tome2, Dunod,1995

*** Coût selon le moment de la mesure**

Une différence existe entre les coûts constatés et les coûts préétablis. Les premiers correspondent à des coûts calculés après la mise en œuvre du projet. Les seconds renvoient à des coûts estimés avant le déroulement normal du projet.

Les coûts préétablis sont basés sur des hypothèses prévisionnelles ou des normes.

*** Les types de coûts**

Les types de coûts renseignent sur l'affectation des ressources et permettent de classer les apports d'un projet. Les coûts de fonctionnement (coûts récurrents) concernent la valeur des biens et services dont la durée de vie n'excède pas un an comme les fournitures, le salaire du personnel. Les coûts d'investissement (ou en capital) concernent la valeur des biens et services dont la durée de vie est supérieure à un an tels les véhicules, les bâtiments.

*** Coût selon les fonctions du programme**

La mesure des coûts consiste à répertorier et classer les différentes composantes des activités du programme et à calculer les coûts de chacune de ces composantes.

*** Coût pour qui ?**

L'analyse des coûts concerne ici les considérations ou le point de vue de la société, du consommateur ou bénéficiaire, des pouvoirs publics et de l'organisme particulier.

Le coût pour le bénéficiaire prend en général sa participation directe au financement du service (exemple du ticket modérateur à l'hôpital) et les autres coûts occasionnés par l'utilisation du service (transport du malade, les médicaments). Le coût pour les pouvoirs publics concerne le montant de la subvention qui pourrait l'objet d'un usage alternatif. Celui de l'organisme particulier comprend sa participation propre au financement, ainsi que l'intervention financière des pouvoirs publics. Enfin, le coût pour la société ou la collectivité exprime le coût total de production du service et englobe l'ensemble des coûts supportés par tous les membres de la société.

Notre étude se situe dans le contexte du coût pour l'organisme et des pouvoirs publics engagés dans le financement du projet.

Après avoir mis en évidence la définition de certains concepts de coûts, nous analysons certaines méthodes d'estimation des coûts.

♦ Les méthodes de calcul de l'amortissement

Le calcul de l'amortissement porte sur les investissements et repose sur une idée selon laquelle il faudrait procéder au renouvellement des biens en capital touchés par l'usure.

Cette technique comptable qui consiste à diviser le coût d'acquisition du bien par le nombre d'années de vie, est appelé l'amortissement linéaire.

Si, l'intérêt de l'étude a trait aux coûts économiques, d'autres méthodes d'évaluation de l'amortissement annuel nécessitent d'y ajouter un coût financier d'immobilisation, en déterminant la durée de vie du bien et sa valeur. La durée de vie du bien est estimée selon le type de bien considéré et au cas par cas. Quand à la valeur du bien, elle change en fonction de l'optique de l'évaluation. Ainsi, le coût de remplacement du bien exprime le coût d'opportunité à maintenir ces services en activité et l'estimation du coût d'utilisation consiste à appliquer un taux d'intérêt à la valeur du bien.

Une revue de la littérature indique de retenir soit le taux d'intérêt en vigueur dans le pays de l'étude en se renseignant auprès des experts du ministère des finances ou de prendre le taux de 10% que pratique la Banque Mondiale.

♦ La mesure de l'effet d'un programme de santé

Les effets d'un programme de santé sont décrits en termes d'impact sur l'état de santé des bénéficiaires du programme²³. L'objectif global est l'amélioration de la santé des populations. Le cadre logique du PSIB était appréhendé à travers les différents objectifs et résultats attendus et leurs indicateurs objectivement vérifiables (IOV) tels que choisis par le DTF et réadaptés lors du séminaire de démarrage sur la planification objective (PIPO 4).

Nous allons analyser la mesure des résultats obtenus par les différentes activités de la Cellule2 du PSIB.

On pourrait prendre comme indicateurs de résultats des activités, le nombre de séances d'IEC réalisées, le nombre de visites de supervisions effectuées etc.

♦ Choix de la période étudiée

Pour l'évaluation des coûts des programmes de santé, l'on s'efforcera d'évaluer de préférence les coûts pour l'ensemble d'un exercice. Si, l'exercice est trop récent et qu'il y'a insuffisance de données disponibles, l'on devrait tâcher d'obtenir les données agrégées de coûts ou d'efficacité pour chaque mois. Cela permet de reconstituer, soit les données relatives à l'efficacité pour l'exercice comptable, soit les chiffres des dépenses pour l'année civile.

♦ La question de la pérennité des programmes d'appui à la santé

Une étude de cas sur les coûts et financement des activités de vaccination dans le cadre d'un programme de vaccination au Maroc réalisé par le PHR [22], avait pour objectifs d'estimer les

coûts actuels et futur d'un programme de vaccination, d'aider le Ministère de la santé dans son programme de vaccination et mettre en place des stratégies de financement des activités de vaccination. Les résultats de l'étude ont montré que 60% des coûts annuels du projet sont consacrés aux charges de personnel, les vaccins et les coûts d'investissements représentent 20% et 11,5%. L'analyse des recommandations ont porté sur l'amélioration des conditions de pérennité des activités des stratégies du programme de vaccination dans la mesure où la réduction du financement par l'un des bailleurs de fonds à savoir la banque Mondiale engendrait un problème de pérennité financière.

Pour cela, les conditions pour une pérennisation du programme concernent un ensemble de stratégies de financement à travers une mobilisation des ressources additionnelles.

Les options développées pour améliorer le financement portent sur la création d'un programme durable s'appuyant sur les ressources du pays à travers les affectations budgétaires de l'État et les nouvelles ressources potentielles telles que les assurance et les apports des collectivités locales.

Une étude d'évaluation à mi-parcours d'un projet d'appui aux services de santé au Cameroun financé par l'Union Européenne (UE) orienté vers les soins de santé primaires au niveau district [23], soulève aussi la question de la pérennité des activités des districts ciblés par le programme. Cette étude a révélé que les districts cibles ne sont pas opérationnels et les données de bases manquent pour mesurer le coût de production des soins.

Or, l'absence d'informations sur les coûts sont indispensables pour définir des normes et estimer leur comptabilité avec les ressources nationales. Elles sont nécessaires dans l'examen de la pertinence de la création et de la pérennité des activités des districts. Elle est d'autant réel qu'il faudra songer à la pérennité des activités surtout que l'approche projet procure de nombreux avantages (moyens financiers et équipements) à des individus, structures ou programmes.

On pourrait noter brièvement que plusieurs études sur l'analyse des coûts ont été menées. Les objectifs des études que l'on souhaite réaliser, guident en grande partie les types d'évaluation et les méthodes de calcul des coûts. C'est pourquoi, il serait judicieux, sur la base d'une revue de la littérature, de choisir les méthodes conceptuelles permettant de cerner et d'identifier les questions auxquelles l'objet de notre étude tente de répondre.

IV. LA METHODOLOGIE

Cette étude analyse le coût des fonctions du PSIB. Elle fournit des informations permettant d'estimer les coûts nécessaires pour reproduire le projet ailleurs. Il s'agit d'une étude descriptive des coûts. Le choix de la stratégie de recherche évaluative développée tient compte des aspects méthodologiques applicables à cette étude.

Par ailleurs, il s'agira d'identifier les coûts à prendre en considération en fonction des objectifs du projet, de la période de calcul, du type de charges et du contenu. Ceci est essentiel à spécifier car la perception des coûts peut différer selon divers points de vue. Les objectifs de l'étude ayant trait à la reproductibilité et à la dévolution des activités du projet, nous allons prendre les coûts pertinents. Ces coûts, sont des coûts constatés. Le coût de remplacement des investissements se fera par la méthode d'amortissement linéaire. La durée de vie des équipements est estimée selon l'avis des experts et par des entretiens sur le site du projet.

Ainsi, le taux d'intérêt de 10% reflétant le coût d'opportunité du capital sera retenu suite à une revue de la littérature. La classification des coûts repose quand à elle sur la distinction entre coûts de fonctionnement et coûts d'investissements telle adoptée dans l'ouvrage de Andrew Creese [17].

La méthode des coûts complets a été utilisée. L'application de cette méthode permet de déterminer les coûts des différentes fonctions et activités du projet. La période de référence choisie pour l'étude couvre toute l'année 1998. Cette méthode permet d'aboutir au calcul des coûts de revient d'une prestation, d'un produit, d'un service ou d'une activité.

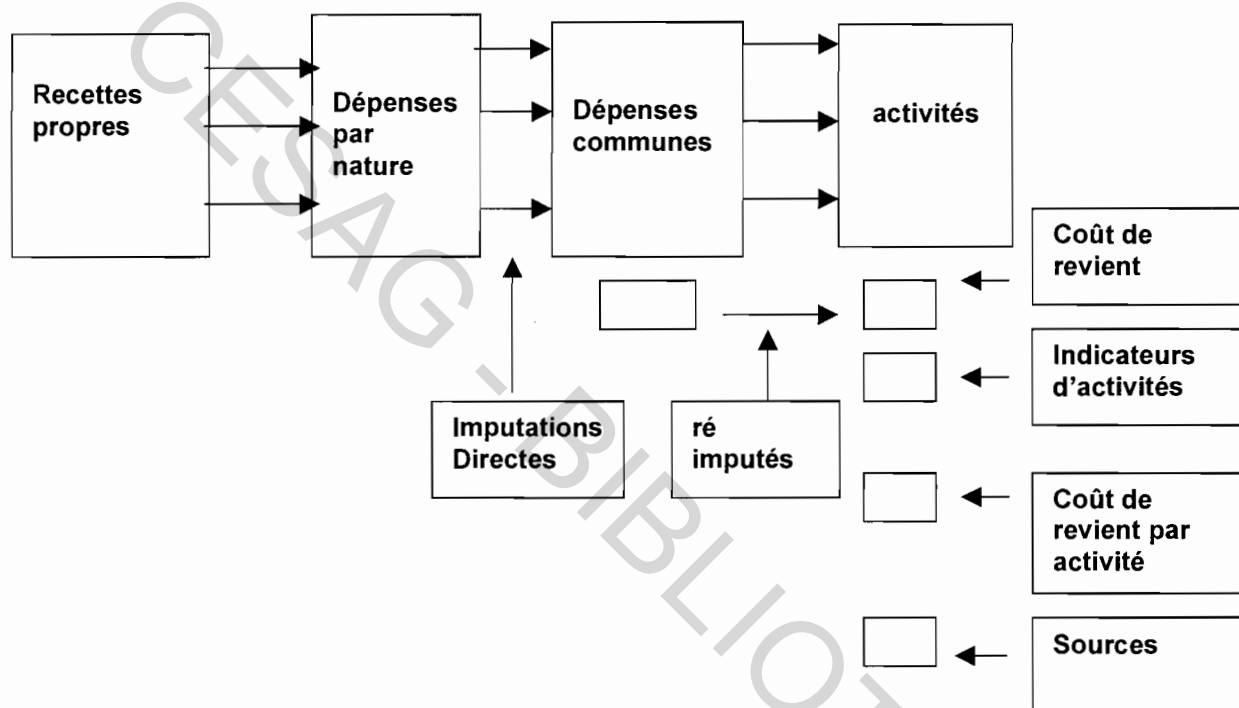
Son application à notre étude se présente de la façon suivante :

1. Identifier les différentes fonctions (centres d'analyse) et les ressources rattachées aux activités du projet.
2. Distinguer les fonctions auxiliaires (centres auxiliaires) des fonctions principales (centres principaux) du projet.
3. Affecter les ressources directes aux fonctions du projet.
4. Répartir les ressources indirectes entre les fonctions du projet
5. Répartir les coûts des fonctions auxiliaires sur la fonction principale au moyen de clés de répartition (répartition secondaire)

Une fois les ressources valorisées, le coût des fonctions d'activités sera déterminé. Nous avons déterminé le coût total, le coût moyen des activités et identifier la part du financement des différents intervenants.

La figure ci dessous présente le processus analytique de la détermination des coûts.

Figure n°1 : SCHEMA DU PROCESSUS ANALYTIQUE DE CALCUL DES COUTS



Cette démarche de calcul des coûts ayant pris soin de recenser et de décrire les fonctions, les activités du projet, il est question de définir un cadre opérationnel.

Chapitre II LE CADRE OPERATIONNEL

Le cadre opérationnel situe le contexte général de l'étude. Il met en évidence les concepts ainsi que les méthodes de collecte de données relatives aux ressources.

I. Contexte général d'étude

I.1. Données générales sur la Côte d'Ivoire

La Côte d'Ivoire s'étend sur une superficie de 322.462 km². Elle est limitée à l'Est par le Ghana, à l'Ouest par la Guinée et le Liberia, au Nord par le Burkina Faso et le Mali et au Sud par l'océan atlantique. Le pays compte 19 régions, 58 départements, 204 sous-préfectures et plus de 8000 villages et quartiers.

Selon le recensement général de la population de 1998 la Côte d'Ivoire abrite une population totale de 15.366.672 habitants dont 51% d'hommes et 49% de femmes [14]. Le taux d'accroissement annuel est de 3,3% sur la période 1988-1998. La densité moyenne est de 48 habitants au km². La structure par âge montre que 43% de la population a moins de 15 ans, soulignant ainsi le poids important des jeunes dans cette population.

La fécondité est relativement élevée avec un indice synthétique de fécondité de 5,2 et un taux brut de natalité de 39 pour 1000. Le taux d'alphabétisation des adultes est 56%. L'économie du pays repose essentiellement sur l'agriculture d'exportation (cacao, café, bois, palmier à huile, hévéa). La part de l'agriculture dans le PIB est estimée à 38%. Le PIB est estimé à 670 USD per capita (Banque Mondiale, 1999) et 33,6% de la population vivent en dessous du seuil de pauvreté.

Le système sanitaire public ivoirien est de type pyramidal avec trois niveaux : le niveau central, le niveau intermédiaire et le niveau périphérique.

- Le niveau central comprend: le cabinet du Ministre, les services rattachés au cabinet, les Directions Centrales et les Etablissements Publics Nationaux.
- Le niveau intermédiaire correspond aux Directions Régionales (11), chargées de coordonner les activités des services de santé implantés dans leur ressort.
- Le niveau périphérique est composé par les districts sanitaires qui constituent le niveau opérationnel. Il en existe 46. Le district correspond au département administratif. Il est chargé de la mise en oeuvre des soins de santé primaires. Chaque district abrite un réseau de structures de premier niveau et un ou plusieurs hôpitaux.

I. 2. La Région Sanitaire du Moyen-Comoé

La Région du Moyen-Comoé (Centre Est) est la plus petite Région de la Côte d'Ivoire. Elle recouvre une superficie de 6900 km². Elle est bordée au Nord, par la Région du Zanzan, au Sud, par la Région d'Abidjan, à l'Ouest, par la Région des Lacs et à l'Est par le Ghana.

La Région est composée de deux Départements: le département d'Abengourou et celui d'Agnibilékrou. Au total, il existe 4 sous-préfectures et 4 communes avec près de 8 cantons et 130 villages.

La population est estimée à 394.761 habitants répartie entre Abengourou, 288.231 habitants et Agnibilékrou, 106.530 habitants, soit une densité de 60 habitants au km² selon les données du RGPH98. Le taux d'accroissement annuel de la population est de 2,6%.

Les jeunes de moins de vingt ans représentent près de 57 % de cette population.

Les populations appartiennent essentiellement à l'ethnie Agni (Akan). On y trouve également de nombreux allogènes burkinabés et ghanéens. La Région du Moyen-Comoé, à l'instar de toutes les autres régions du pays, est dominée par l'agriculture.

Les activités industrielles sont presque inexistantes à part 2 unités de transformation du bois situées dans la commune d'Abengourou. Le commerce transfrontalier du fait de la proximité avec le Ghana semble se développer.

Le profil épidémiologique de la Région est caractérisé par une prédominance de maladies infectieuses et parasitaires²⁵.

Les trois pathologies responsables des taux de mortalité sont le paludisme, les infections respiratoires aiguës et les maladies diarrhéiques avec des taux respectifs de 130‰, 127,5 ‰ et 81.5‰ durant l'année 2000²⁶.

La séroprévalence du vih est de 14% en 2002 dans la Région alors qu'elle est estimée à 10,1% dans la population générale²⁷.

Les indicateurs socio-sanitaires relèvent une mortalité maternelle de 400 pour 100.000 naissances vivantes sensiblement inférieure à celle du pays qui est de 597 pour 100.000 naissances vivantes.

Le taux de mortalité infantile est de 4‰ en 2000²⁸. La mortalité infanto-juvénile se situe en moyenne à 9‰. Le taux de couverture vaccinale pour la rougeole est de 85% en 2000²⁹.

Les données sur le personnel de santé de la Région en 2000 sont résumées comme suit :

- 23 médecins soit 1 médecin pour 18.889 habitants
- 97 infirmiers soit 1 infirmier pour 4.832 habitants
- 38 sages-femmes soit 1 sage-femme pour 2.548 femmes en âge de procréer

alors que les normes de l'OMS préconisent :

- 1 médecin pour 5.000 à 10.000 habitants
- 1 infirmier pour 300 habitants
- 1 sage-femme pour 300 femmes en âge de procréer

La Région sanitaire comprend les structures suivantes : des hôpitaux, centres de santé et postes de santé (annexe2).

Tableau n°1 : Répartition des formations sanitaires urbaines et rurales par District de Santé de la Région Sanitaire du Moyen-Comoé.

Type de structure	District Abengourou		District Agnibilékrou		Total
	FSU	FSR	FSU	FSR	
Hôpital	1	0	1	0	2
Centre de santé	2	14	1	6	17
Poste de santé	3	8	0	3	11
Structure sanitaire spécialisé	4	0	1	0	5
Total	10	22	3	9	44

Source : l'auteur

II. Description du Projet Santé Ivoir-Belge

Le Projet Santé Ivoir-Belge est un **projet d'appui global à la Région Sanitaire du Moyen-Comoé**. Le but du projet était de renforcer la capacité du système de santé de la Région du Moyen-Comoé.

Son objectif général était d'améliorer les soins de santé des populations de la Région. Pour cela, les objectifs spécifiques devraient être atteints selon 10 composantes regroupées en activités.

Le projet était prévu initialement pour une durée de 3 ans. Le démarrage effectif des activités a eu lieu en septembre 1997. Le projet comprenait de 2 cellules :

- La Cellule1, chargée des Programmes d'Investissements et d'Equipement est basée à Abidjan.
- La Cellule2, chargée des Programmes Sanitaires est basée à Abengourou.

Les modalités de gestion du projet étaient basées sur le principe de la cogestion des fonds entre le MSP et la CTB.

Le montant total du projet s'élevait à 4.660.462.000 FCFA sur la période de 3 ans avec une contribution au financement de la Belgique de 3.581.523.000 FCFA et une contrepartie ivoirienne de 1.078.939.000 FCFA.

II.1. Les activités du Projet Santé Ivoir-Belge

La conception bi-cellulaire du projet distinguait 2 types de cellules. La Cellule1 du projet, basée à Abidjan, s'occupait du volet infrastructures et équipements.

Ces activités concernaient principalement les construction, la réhabilitation des bâtiments et la fourniture d'équipements aux structures sanitaires de la Région.

La Cellule2 est située à Abengourou au sein de la DRS. Elle y était intégrée pendant le déroulement du projet. Ces activités se confondent pratiquement avec celles de la DRS.

Ces activités concernent la prévention, l'appui aux structures de références et aux districts de santé et la mise en place du PMA aux niveau de toutes le structures sanitaires.

Les activités suivantes ont été réalisées :

- 1-Réalisation de séances d'information et de sensibilisation dans les villages autour des centres de santé à travers des stratégies fixes et avancées en vaccination , IEC et les CPN.
- 2-Activités de mobilisation sociale dans le cadre de la lutte contre les MST/SIDA et de la planification familiale.
- 3-Appui aux activités de première référence des hôpitaux et des districts
- 4-Formation du personnel de santé

Dans l'ensemble, les activités menées visaient à rendre opérationnelle les districts de santé par un appui au fonctionnement.

Dans le cadre de son organisation, la Cellule2 comprenait 5 services. Le suivi et la gestion du projet reposait sur un cadre logique permettant d'apprécier les activités réalisées au niveau des deux districts.

Le cadre logique de l'intervention est un document de référence pour le pilotage et l'évaluation du projet. Nous avons voulu le reconstruire afin de préparer un schéma qui organise une étude d'évaluation économique.

Le tableau ci-dessous reprend les différents objectifs et résultats attendus et leurs indicateurs objectivement vérifiables, tels que choisis par le DTF et réadaptés lors du PIPO 4 de démarrage du projet.

Tableau n°2 : Cadre logique de l'intervention (PSIB)

		IOV-DTF	IOV-PIPO 4	Sources	Suppositions et conditions
Objectif global	L'état sanitaire et social de la population de la région sanitaire du Moyen-Comoé est améliorée	Taux de mortalité Taux de natalité	Taux de mortalité néonatale (< 8,9/1000 naissances)	Enquête et suivi régulier	
Objectif spécifique	Les activités des différentes composantes de la région sanitaire sont assurées complètement, améliorées qualitativement et sont plus performantes	La somme des indicateurs des résultats intermédiaires	Taux de césariennes(<1%) Taux utilisation des soins curatifs (< 40%) Taux d'achèvement vacc (< 95%) Taux d'enfants vaccinés(< 80%)		Maintient du niveau économique Stabilité sociale et politique
Résultat intermédiaires	1 la population de la région du Moyen Comoé est mieux informée sur les problème de santé	Connaissance du message de sensibilisation Changement de comportement	N réunions COGES réalisées/prévues (<90%) N réunions IEC	Enquête annuelle par sondage	les ressources humaines, financières et matérielles du MSP prévues sont assurées
	2 les soins de santé de base sont améliorés quantitativement et qualitativement dans la région	Taux de couverture des programmes nationaux	%CS construits-réhab/ prévus % CS rééquipés/ prévus % acc assistés/ prévus % MST dépistées et traitées/ prévues N comités SIDA Fonctionnels / prévus (< 80%)	Rapport	les ressources humaines, financières et matérielles du MSP prévues sont assurées
	3 les soins de santé de première référence sont quantitativement et qualitativement améliorés	Taux d'utilisation Taux de mortalité au CHR et au HG d'Agnibilékrou Taux des cas référés	Taux occupation du CHR et HG (< 80%) Taux contre réf/ réf (< 90%) Durée moyenne de séjour	Rapport annuel des hôpitaux	
	4 l'Equipe-Cadre de district sanitaire d'Abengourou est devenue opérationnelle	activités réalisées/prévues	%supervision réalisées/prévues (90%) N réunions ECD tenues/ prévues	Rapport annuel du district Rapport de supervision du district	La politique de décentralisation se poursuit
	5 l'Equipe-Cadre de district d'Agnibilékrou est fonctionnel	activités réalisées/prévues	%supervision réalisées N réunions ECD tenues/ prévues	Rapport annuel du district Rapport de supervision du district	
	6 la Direction Régionale de la Santé est devenue fonctionnelle	activités réalisées/prévues	%supervision réalisées N réunions ECD tenues/ prévues	Rapport annuel de la DRS Rapport de supervision de la DRS	

Activités	1-développer les capacités d'information de la population	-formation du personnel de santé -dotation en matériel IEC -séances d'IEC	Les BGF sont mobilisés et engagés
	2-améliorer la couverture sanitaire	-construction et équipements des centres de santé et dispensaires et maternités	La contrepartie ivoirienne aux projets de construction est réalisé
	3-mise en place du PMA	-séminaires de formations continue pour le personnel des soins de santé	
	4-lutte contre les MST/SIDA et PF	-visites de supervisions -dotations en médicaments, contraceptifs et préservatifs -mise en place des comités de lutte	Le personnel des structures sanitaires et des districts sont payés
	5-appui aux activités de 1 ^{ère} référence	-formation -équipement	
	6-appui aux activités des ECD	-dotations en consommables supervision	Le personnel ivoirien de la cellule2 est payé
	7- organisation des activités de la DRS	-appui au fonctionnement -équipement des districts -supervision -appui au fonctionnement -formation des cadres de la DRS -supervision	Les crédits de fonctionnement sont mobilisables

Cette approche a permis de mettre en place des structures de gestion et de fonctionnement au niveau du système de santé régional. A présent, nous allons définir les concepts de l'étude.

III. Définition des Concepts

Une analyse pertinente repose sur une définition des concepts ou variables de l'étude. Ainsi, les ressources engagées, les niveaux d'activités, les sources de financement, les coûts totaux, moyens et les coûts de fonctionnement et d'investissements constituent des concepts ou variables à définir.

✓ Les Ressources par nature

- ♣ **Les ressources humaines** correspondent à l'ensemble du personnel impliqué totalement ou partiellement aux activités du projet. La répartition des ressources humaines est basée sur le volume horaire de travail consacré au projet par les agents. Les catégories porteront sur la qualification du personnel (administratif, assistant technique, personnel technique agents d'exécution et intervenants extérieurs).
- ♣ **Les ressources financières** représentent la valeur des ressources monétaires dépensées dans le cadre des activités du projet. Il s'agit des dépenses effectivement engagées. Par exemple, les rémunérations concernent les salaires et indemnités diverses.

♣ **Les ressources matérielles et les équipements** renvoient aux biens ou ressources qui ont une durée de vie supérieure ou égale à un an. Ils correspondent à l'acquisition de biens en capital (investissements). Ce sont les bâtiments, les équipements et matériels médicaux et mobiliers de bureau, les véhicules, les matériels informatiques et consommables.

✓ **Les Niveaux d'activités**

♣ **Les niveaux d'exécution des activités** seront analysés à travers les résultats atteints par le projet. Les indicateurs de résultats tels que le nombre de séances d'IEC réalisées, le nombre de visites de supervisions effectuées serviront de critères d'appréciation de la mesure de l'efficacité.

✓ **Les Sources de financement**

♣ Le mode de financement et l'origine du financement des ressources serviront à expliquer le niveau des coûts.

✓ **Le Coût Total (CT)** : valeur de toutes les ressources employées dans le processus de production d'un volume d'activité du projet. Il représente la somme des coûts des activités du projet.

✓ **Le Coût Moyen (CM)** : il correspond au coût total (CT) divisé par le nombre d'unités produites (N).

✓ **Les Coûts de Fonctionnement** : ils correspondent à la totalité des ressources consommées et utilisées dans un délai d'un an au maximum par le projet.

✓ **Les Coûts d'investissement** : coûts correspondant à l'acquisition de biens en capital de plus d'un an pour le compte des activités de la cellule2 du projet. Ce sont les équipements, les véhicules, les bâtiments.

✓ **La dévolution**

La dévolution concerne le transfert de ressources ou apports à des sous-entités nationales publiques, nouvellement créées ou renforcées, dont les activités relèvent du contrôle direct du gouvernement. Selon cette approche, la responsabilité pour, et l'autorité sur, le programme sont généralement transférés à la région ou au district sanitaire. Elle mesure la capacité des districts de santé à mobiliser et à répartir suffisamment les ressources sur une base fiable pour atteindre ses objectifs lorsque le projet prendra fin.

Ainsi, sur cette base, nous avons définis les concepts à prendre en compte dans notre étude. Mais à présent, nous allons nous intéresser aux méthodes de collecte de données que nous avons utilisé, pour recueillir les informations.

IV. Processus de collecte de données et sources de données

Les méthodes de collecte de données constituent une étape dans la réalisation de l'étude. L'approche globale du projet impose un recueil de données des coûts à travers des visites d'échantillonnage des formations sanitaires.

IV.1. Définition de la population à l'étude

Le projet d'appui à la région sanitaire du Moyen-Comoé comprend divers échelons de mise en œuvre à savoir niveau central, régional et de district. La cellule2 s'appuie sur diverses structures sanitaires de la région. L'étude a porté sur l'ensemble des structures sanitaires publiques assurant les différentes activités du projet. Elles constituent notre population d'étude et servent à définir le plan d'échantillonnage.

IV.2. Méthode d'échantillonnage

Un échantillonnage par choix raisonné nous a permis de sélectionner le district sanitaire d'Abengourou sur la base de la population par aire de santé, de la proximité du site de l'étude et des moyens humains et financiers disponibles. Le choix des formations sanitaires qui constituent l'échantillon présenteront des caractéristiques tenant compte de la distance par rapport au chef lieu de district, de la population desservie et du milieu urbain (commune) ou rural.

La méthode d'échantillonnage vise à résoudre les problèmes soulevés et est guidée par des principes garantissant la représentativité des données recueillies.

IV.3. La taille de l'échantillon

Les données étaient centralisées au niveau de la DRS. La visite de quatre structures sanitaires à savoir le CHR d'Abengourou, le CSU de Dioulakro, le CSR d'Amélékia et la PMI d'Abengourou. La visite de ces structures nous a permis de confirmer et d'affiner les données. Les techniques de collecte de données retenues sont : l'analyse documentaire, les entretiens et les prises de notes systématiques.

IV.4. L'Analyse Documentaire

L'étude s'est déroulée en Côte d'Ivoire sur le site du projet à Abengourou au cours de la période du 17 septembre au 30 décembre 2002.

Une analyse rétrospective nous a permis de recueillir les données financières auprès du comptable. L'analyse documentaire a porté sur l'état des dépenses. Les données de base ont porté sur la période de 1998.

Une consultation des rapports d'activités du projet a permis d'avoir des informations sur les activités réalisées par les structures sanitaires dans le cadre du projet.

IV.5. Les Entretiens

Nous avons compléter certaines informations par des entretiens et prises de notes avec divers responsables et agents dont notamment le Chef de Projet, le Médecin Chef de district d'Abengourou, l'infirmier des soins de santé primaires (SSP), le Chef de service de la maintenance, le Comptable et le Chauffeur. Nous avons procédé à une estimation des temps d'activités nécessaires pour la répartition des coûts entre les activités à la suite d'entretiens. Des informations sur l'organisation générale et le fonctionnement dans les structures sanitaires visitées ont été obtenues par des entretiens avec les responsables des différents services. Les données collectées sont des informations fiables et vérifiables au projet santé ivoiro-belge.

IV.6. Le Traitement des Données

La saisie et l'analyse des données ont été réalisées à l'aide du logiciel de traitement de texte WORD pour la version 95 et du tableur EXCEL pour la version 97 de Microsoft Windows.

L'organisation des données se fera sous forme de tableaux de synthèse en vue de permettre une analyse fine et pertinente.

Le cadre opérationnel de l'étude ayant mis en exergue les méthodes et les moyens permettant la mise en œuvre de la démarche de calcul des coûts du projet santé ivoiro-belge, il est question de procéder à une estimation des coûts.

DEUXIEME PARTIE

ESTIMATION DES COÛTS ET RESULTATS

CHAPITRE I : APPLICATION DE LA METHODE DES COUTS COMPLETS

L'application de la méthode des coûts complets développée, répond à un souci de calculer le coût total de la Cellule2 du PSIB. Pour cela, il faudrait d'abord identifier les composantes du projet, recenser et décrire ensuite les différentes fonctions (centres d'analyse) du projet, leurs activités ainsi que les ressources qui y sont rattachées.

1- Identifier les composantes de la Cellule2 du PSIB

Les composantes de la Cellule2 du PSIB peuvent être regroupées dans le tableau ci-dessous :

Tableau n°3 : Répartition des activités selon les composantes de la Cellule2

Composantes	Développement des capacités d'informations	Lutte contre les MST SIDA et planification familiale	Mise en place du PMA	Appui aux activités Des Hôpitaux, des ECD et de la DRS
activités	-formation IEC du personnel -distribution de matériels d'IEC -séances d'IEC dans les villages (stratégies avancées)	-activités de lutte contre les MST/SIDA/TUB (promotion, dotations de préservatifs, et la sensibilisation -activités de planification familiale dotations contraceptifs, sensibilisation	-formation du personnel de santé -stratégies avancées IEC -fournitures matériels -formation continue -supervision des districts	-planification -coordination -suivi et évaluation -supervision -formation du personnel de santé -appui au fonctionnement des districts et hôpitaux -fournitures de matériels -contrôle des activités des structures sanitaires -gestion du matériels

2- Recenser et décrire les différentes fonctions de la Cellule2 du PSIB

Les fonctions sont constituées d'activités auxquelles sont rattachées leurs ressources directes. Les ressources directes affectées aux activités d'une fonction du projet seront imputées sans calcul préalable à celle-ci. Les fonctions de la Cellule2 du PSIB sont :

« **La Formation** » permet de renforcer les ressources humaines par la formation du personnel de santé, des cadres de la région et des districts de santé et de faire des activités de recherche opérationnelle.

« **L'IEC/Mobilisation sociale** » il s'agit de développer les activités d'IEC en stratégies fixes et avancées, de doter en matériel d'IEC, d'informer et de sensibiliser la population sur les problèmes de santé à travers des activités de mobilisation sociales contre les MST/SIDA et la planification familiale.

« **La Supervision** » concerne les visites de supervision des activités des structures sanitaires, des équipes cadres de district (ECD) et celles des comités de lutte contre les MST/SIDA/TUB.

« **L'Administration** » concerne la planification, la coordination des activités, le suivi et l'évaluation, la gestion du matériel, des équipements et de l'information sanitaire et l'appui au fonctionnement des structures sanitaires.

Tableau n°4 : Répartition des activités selon les fonctions de la CE2 du PSIB

Fonctions	Formation	IEC/Mobilisation sociale	Supervision	Administration
activités	-formation du personnel de santé	-séances d'IEC (stratégies avancées et fixes)	-visites de supervision des ECD	-planification -coordination -suivi et l'évaluation
	-formation continue -formation des formateurs	-distribution de matériels d'IEC (affiches, préservatifs, pénis en bois)	-visites de supervision des centres de santé	-appui au fonctionnement des structures sanitaires
	-formation continue en RO	-activités de mobilisation sociale contre les MST/SIDA/TUB et PF	-visites de supervision comités MST/SIDA	-gestion des matériels, équipements et SIG

Après avoir décrit les fonctions, nous avons identifié les fonctions principales, celles qui permettent au programme d'atteindre ses objectifs et les fonctions auxiliaires, celles qui soutiennent la mise en œuvre de la stratégie.

3- Distinguer les fonctions auxiliaires des fonctions principales du projet

La fonction auxiliaire du projet est l'Administration. Cette activité est auxiliaire car elle soutient les activités de supervision, d'IEC/Mobilisation sociale et de formation du personnel de santé qui restent les fonctions principales de la Cellule2 du PSIB. On pourrait expliquer par le fait que le projet visait surtout le renforcement des capacités par la formation du personnel et la sensibilisation des populations.

La distinction faite entre les fonctions, nous allons procéder au reclassement des charges incorporables. Cela conduit à distinguer deux catégories de charges : les charges directes et les charges indirectes, qui sont traitées différemment.

Les ressources qui sont directement imputables aux fonctions et à leurs activités sont les charges directes. Ce sont des charges incorporables immédiatement dans un coût, sans hypothèse préalable, ni calcul intermédiaire.

4- Affecter des charges directes aux fonctions

Tableau n°5 : Classification des ressources directes et indirectes entre les fonctions de la Cellule2 du PSIB

Formation		IEC/Mobilisation sociale		Supervision		Administration	
activités	ressources	activités	ressources	activités	ressources	activités	Ressources
formation PMA du personnel de santé	2 formateurs 48 IDE et SF logement IDE et SF -frais impression perdiem location salle	Séances d'IEC (stratégies avancées)	ASC, IDE, et SF vaccinateurs aides vaccinateurs animatrices motos carburant perdiem	visites de supervision structures sanitaires	2super-viseurs 1 chauffeur perdiem carburant véhicule	planification coordination des activités -appui au fonctionnement	1chef de projet AT/CE2 2 DD médecin SP infirmier SSP sage-femmePF comptable secrétaire chauffeur coursier AT/CE2
formation PF du personnel de santé	2 formateurs 18 IDE et SF logement IDE et SF frais d'impression perdiem	Installation clubs santé promotion activités de sensibilisation	frais d'installation des clubs santé	visites de supervision des ECD	2super-viseurs 1 chauffeur perdiem carburant véhicule	-suivi évaluation -gestion du matériels et équipement	véhicules carburant, fournitures téléphone frais bancaire frais financier prestations de service frais mission autres achats loyers charges

IDE=infirmier diplômé d'Etat ; SF=sage-femme ; ASC=agents de santé communautaire ; DD=Directeur Départemental ;
 ECD=équipe cadre de district ; PF =planification familiale ; SP =santé publique
 SSP=soins de santé primaires ; SIG=système d'information et de gestion ; AT/CE2 =assistant technique cellule2

5- Répartition primaire des charges indirectes

Ce sont des charges qui ne peuvent être incorporées dans les coûts qu'à la suite de calculs intermédiaires. Les calculs intermédiaires concernent des fonctions (centres d'analyse). Les charges indirectes feront l'objet d'une répartition primaire à partir des clés de répartition ou unités d'œuvres. Les unités d'œuvres servent de critères de ventilation des charges d'un centre d'analyse. Elles permettent la répartition des charges indirectes entre les différentes fonctions du projet. Le tableau suivant permet de présenter mieux les charges indirectes et les clés choisies pour les répartir entre les fonctions.

Tableau n°6 : Détermination des clés de répartition

Fonctions	Charges indirectes	Unités d'œuvres
Administration	Salaires et indemnités du personnel, frais de téléphone, fournitures, entretien des véhicules, frais de missions entretien et maintenance des locaux, assurances des véhicules	% de temps consacré au projet proportion de fournitures consommées surface occupée/bâtie
IEC/Mobilisation sociale		proportion de fournitures consommées
Supervision Formation		Nombre de postes téléphone nombre de Km parcourus/an proportion de fournitures consommées

a) calcul des charges indirectes

Les véhicules

Les véhicules (voitures, motos) du projet sont utilisés pour faire de la supervision, la liaison et effectuer certaines missions d'administration dans le cadre des activités du projet. Pour les séances d'IEC/Mobilisation sociale, le projet a pris en charge les frais d'exploitation et d'entretien des motos affectées au personnel des districts.

Tableau n°7: Nombre total de Km parcourus par les véhicules et motos de la Cellule2 du PSIB

Fonctions	Total de Km parcourus / an véhicules	Total de Km parcourus / an motos	Total de Km parcourus / an autos / motos	
Formation	0	0	0	0%
IEC/Mobilisation	0	76.680	76.680	59%
Supervision	17.280	0	17.280	13%
Administration	22.600	14.400	37.000	28%
Total	39.880	91.080	130.960	100%

Source : calcul fait par l'auteur

Les Fournitures

Les estimations du coût des fournitures portent sur les fournitures consommées par la Cellule2. Elles concernent les catégories de fournitures suivantes : petits matériels, fournitures de bureau, les achats de carburants véhicules, fournitures médicales et les autres achats de fournitures. La répartition des charges des fournitures s'est faite en divisant le montant total des charges de fournitures consommées selon le nombre de fonctions du projet.

b) Répartition des charges indirectes de la fonction supervision

Les visites de supervision concernent la supervision des structures sanitaires, des ECD et des comités de lutte MST/SIDA. Les charges indirectes de la supervision sont réparties en fonction du temps de travail que le personnel consacre au projet (8h/jour x 5jours/semaine, soit 40h/semaine de travail ou 240jours de travail/an). Cela nous emmène à répartir les charges de personnel selon les fonctions du projet (annexe4) .

• Le site de la Cellule2 du PSIB à Abengourou

La Cellule2 du projet occupe le bâtiment administratif de la DRS à Abengourou. Ce bâtiment s'étend sur une superficie de 461m² et fait l'objet d'une location par l'Etat à raison de 1.200.000 FCFA par an. La clé de répartition est basée sur la part de la surface occupée par les différents services sur la surface totale bâtie.

Tableau n°8 : Clé de répartition du bâtiment selon les différents services de la Cellul2 du PSIB

Fonctions	Services	Surface occupée (m2)	Répartition
Administration	SAF + SRC+ AD/ DR	281	61%
	SIG	10	2%
IEC/Mobilisation	IEC/ MST/SIDA/ PF	10	2%
Formation	SAS	40	9%
Autres services	CREMM	120	26%
Total		461	100%

Source : tiré du Document Technique et financier du projet

SAF=services des affaires financières; SRC=service du recouvrement des coûts; SAS=service des affaires sanitaires; SIG=service du système d'information et de gestion ; AD/DR=service administration direction régionale de la santé.

Sur la base de cette répartition en fonction de la surface occupée/surface bâtie par les différents services, nous pouvons estimer la part de la charge locative du projet.

Le personnel du projet sur le site est de 9. Le nombre total de personne sur le site est de 11. Le calcul se présente alors comme suit :

Surface occupée/personne = 461/11 ; surface occupée par le projet =41,9 x 9 =377,1m².

La part du projet est égale : 377,1/461 x 1.200.000 = 982.000 FCFA

Le reste est partagé par les autres services soit 468.000 FCFA. Cette charge est imputable aux différentes fonctions de la cellule2.

c) Répartition des charges indirectes de la fonction Administration

Les charges indirectes de la fonction administration sont réparties selon la consommation de ces ressources de fonctionnement par la Cellule2. Cette répartition a été faite sur la base d'entretien et des appréciations avec le comptable et le chef de projet. Les informations sur les montants annuels des consommations nous ont été fournies à partir des états de dépenses.

• Les frais de téléphone

Pour le téléphone, l'administration dispose de 2 postes pouvant communiquer avec l'extérieur (secrétariat et bureau du chef de projet). Tous les postes des autres services (3) sont en réception mais ne peuvent appeler que pour les appels internes dans la ville. Pour accéder à l'extérieur, il faut passer par le standard ou le bureau du chef de projet. La répartition a été faite la consommation annuelle des frais de téléphone multiplie par le nombre de postes utilisés par le personnel du projet divise par le nombre total de poste à la DRS. Cette part est répartie entre les différentes fonctions de la cellule2.

• Entretien des locaux

Les charges d'entretien des locaux concernent les dépenses d'entretien des locaux, des matériels et mobilier informatiques et de bureau. La part des charges d'entretien des locaux imputable au projet s'est faite sur la base de la surface occupée par le projet selon le calcul suivant :

Surface occupée/personne = $461/11$; le projet occupe $= 41,9 \times 9 = 377,1$ m². La part du projet est égal à : $377,1/461 \times 3.781.350 = 3.093.160$ FCFA. Cette part est répartie selon les différentes fonctions du projet.

Pour les charges d'entretien des mobilier et matériel, nous avons reparti cette charge au prorata des fonctions en employant la même démarche.

d) Le calcul des charges d'amortissements de la cellule2 du projet

L'amortissement prend en compte chaque année l'usure et la dépréciation du matériel. Cette charge correspond en fait à une provision pour le renouvellement du matériel. Le calcul est alors très simple pour déterminer la valeur annuelle de l'amortissement. Il suffit de diviser la valeur d'achat du matériel par le nombre d'années d'utilisation du matériel. Ce type d'amortissement est dit amortissement linéaire. Il est suffisant pour l'appréciation du prix de revient des équipements en permettant de déterminer le coût de remplacement des équipements de la cellule2 du projet. Par exemple, l'amortissement annuel d'un véhicule acheté à 20.000.000 FCFA et ayant une durée de vie de 10 ans est de 2.000.000 FCFA.

Les véhicules

Le projet dispose des voitures pour ses activités. Les données disponibles sur le prix d'achat d'origine et la durée de vie permettent de calculer la charge d'amortissement annuelle. La valeur d'origine du véhicule de liaison est de 8.308.800 ; sa durée de vie est estimée à 5 ans selon avis d'expert et par les responsables du projet, en fonction de son utilisation. La part imputable au projet est faite en fonction du nombre de Km parcourus par les véhicules selon les différentes fonctions puisque nous ne disposons pas d'informations sur le temps d'utilisation des véhicules et ré imputés selon ces mêmes clés sur les différentes fonctions du projet.

Tableau n°10 : Nombre de Km parcourus par les véhicules de la Cellule2

Fonctions	Nombre de Km parcourus	Répartition
IEC/Mobilisation sociale	0	0%
Supervision	17.280	43%
Formation	0	0%
Administration	22.600	57%
Total	39.880	100%

Le bâtiment administratif de la cellule2 du projet

La Cellule2 est installée dans les locaux administratifs de la DRS. La valeur d'origine du bâtiment est estimée à 18.000.000 FCFA pour une durée de vie estimée à 20 ans selon un avis d'expert immobilier mais qui selon les responsables du service de la maintenance peut être de 30 ans voire 40 ans. Les membres du personnel consacrent leurs temps d'activités du projet et à la DRS. L'amortissement annuel attribuable au personnel du projet est réparti en fonction de l'ensemble du personnel fixe sur le site de la DRS. La méthode de calcul est la suivante :

Amortissement annuel x personnel CE2 du PSIB

Total personnel sur le site de la DRS

Personnel de la Cellule2 = 11 ; Total personnel sur le site de la DRS = 13

Cette part est imputée aux différentes fonctions sur la base que le projet partage des ressources humaines et de l'espace dans le bâtiment pour ces activités avec la DRS.

Pour cela, il faudrait déterminer la part de l'amortissement annuel à imputer au personnel du projet.

Les matériels et équipements

Les acquisitions de matériels et équipements divers réalisés pour le compte des activités de la Cellule2 concernent les équipements informatiques (ordinateurs), les équipements bureautiques et le mobilier de bureau. Ainsi, la durée de vie estimée des ordinateurs est de 5 ans, les équipements bureautiques de 5 ans et celui du mobilier de bureau est de 10 ans selon avis d'un expert. Les ordinateurs sont utilisés par les ressources humaines sur le site du projet. Le coût d'acquisition des ordinateurs est de 5.839.360 FCFA ; La durée de vie est de 5 ans. La part de l'amortissement annuel attribuable au projet est égale :

Amortissement annuel
4

Cette part est imputée aux différentes fonctions utilisant les ordinateurs et le matériel bureautique à savoir l'administration pour le personnel administratif, la supervisor, l'IEC/Mobilisation sociale et la formation.

Après la répartition primaire, où les charges indirectes sont ventilées entre les différentes fonctions de la Cellule2, l'étape suivante consiste à imputer les coûts de la fonctions auxiliaire sur les fonctions principales ou activités principales du projet.

5-Répartition secondaire

La répartition secondaire des charges consiste à ventiler le coût de la fonction auxiliaire sur les fonctions principales (annexe5). A l'issue de la répartition des coûts des fonctions, les coûts définitifs des fonctions principales (charges directes issues de la répartition primaire et charges indirectes re ventilées) correspondent aux coûts totaux du projet.

L'objectif étant de reconstituer les coûts complets du projet à travers l'application d'une démarche, il s'agira d'analyser les résultats de cette étude d'évaluation des coûts de reproduction du projet santé ivoiro-belge

CHAPITRE II : LES RESULTATS DE L'ETUDE

I. Analyse des Coûts de la Cellule2 du PSIB

Cette analyse des coûts vise à décrire la structure des coûts de la Cellule2 du PSIB. Elle porte sur les coûts totaux, les coûts moyens, les coûts selon les apports, les coûts des fonctions et de leurs activités.

1.1. La structure des coûts de la Cellule2 du PSIB

La structure des coûts fait ressortir les coûts et profils des coûts du projet. Le coût total est réparti selon les différents apports et tient compte des composantes de coûts du projet. Nous allons l'illustrer à travers le tableau ci-dessous.

Tableau n°11 : Coûts et profils des coûts de la Cellule2 du PSIB

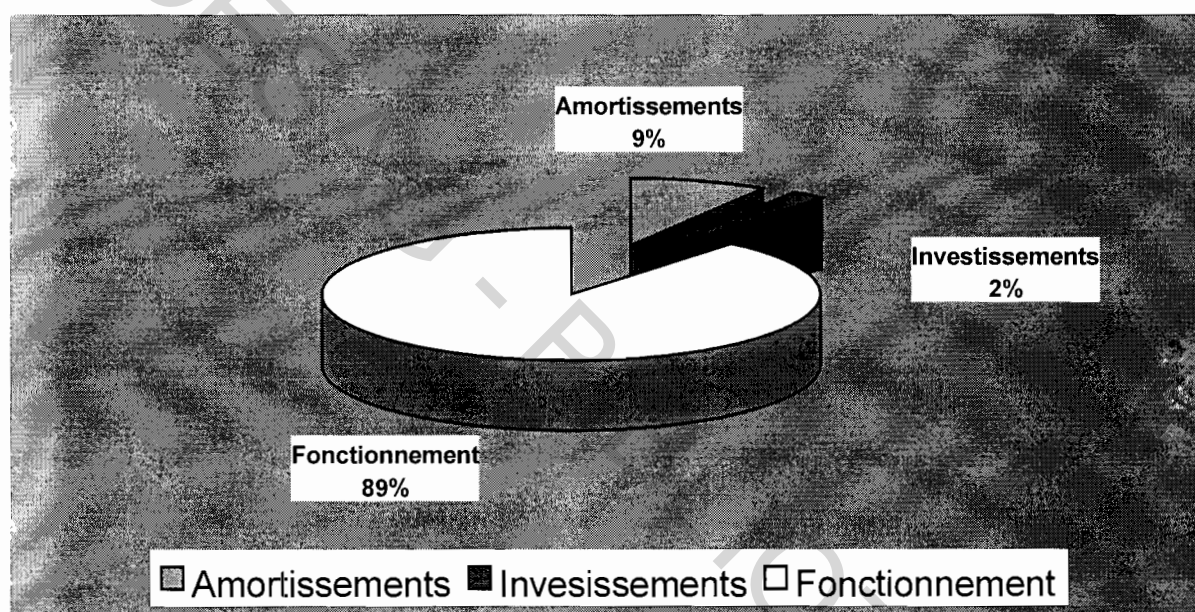
Apports	Montant	Répartition
AMORTISSEMENTS		
Véhicules	7.548.048	6%
Ordinateurs	1.167.872	1%
Matériel bureautique	1.454.100	1%
Matériel de bureau	763.000	1%
Mobilier de bureau	105.400	0%
Bâtiment	762.000	1%
Sous Total Amortissements	11.800.420	9%
INVESTISSEMENTS		
Formation	2.768.000	2%
Sous Total Investissements	2.768.000	2%
FONCTIONNEMENT		
Rémunération du personnel	32.708.720	24%
Fournitures	23.956.341	17%
Frais Généraux	10.887.159	8%
Véhicules	31.053.918	23%
Formation	18.699.214	14%
IEC/Mobilisation sociale	4.312.782	3%
Supervision	1.368.374	1%
Sous Total fonctionnement	122.986.508	89%
Total Général	137.554.928	100%

La classification adoptée dans l'analyse des coûts de la Cellule2 du PSIB est à titre indicatif selon les besoins du programme. Elle est celle que l'on rencontre à travers certains manuels de calcul des coûts de programme de santé. Nous avons classé certaines activités telles que la formation, la supervision, l'IEC/Mobilisation sociale parmi les apports.

Le coût de revient du projet est estimé à **137.554.928 FCFA** dont **2%** représentent les coûts d'investissements, **89%** les coûts de fonctionnement.

Les charges d'amortissements des équipements représentent **9%** de l'ensemble des coûts. Le tableau ci-dessus révèle que les charges de fonctionnement absorbent 89% des ressources de la Cellule2 du PSIB. Les amortissements avec 9% ont une incidence non négligeable sur le coût total du projet. La figure ci-dessous met en évidence cette distribution.

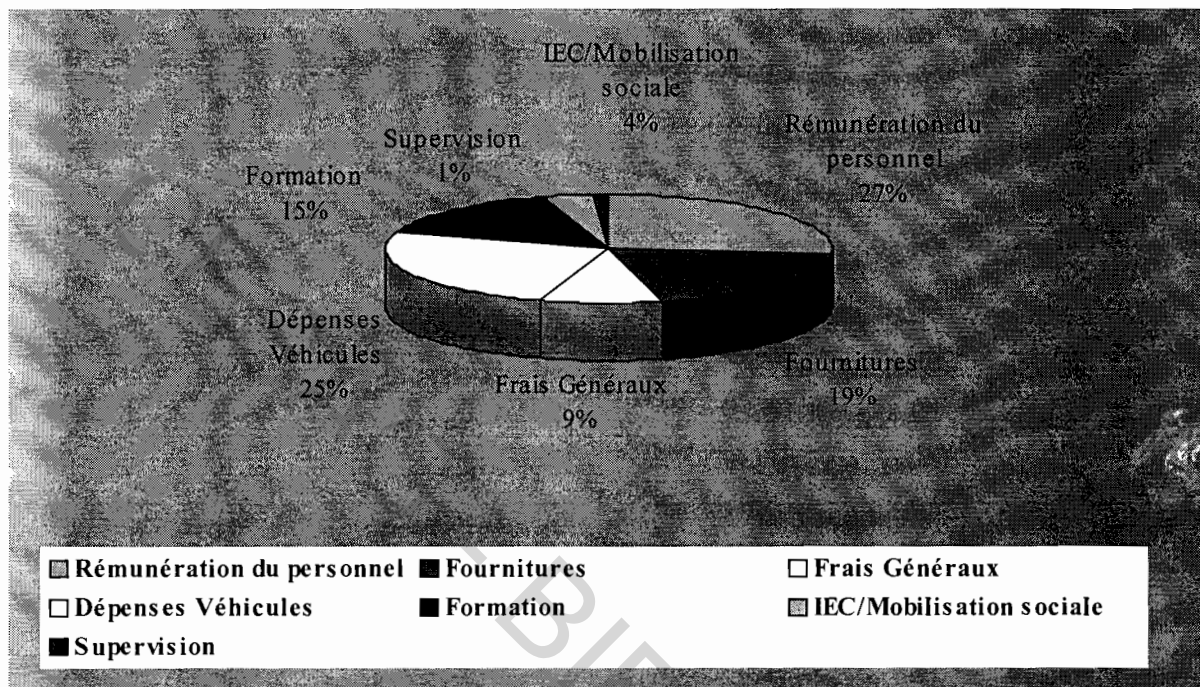
Figure n°2 : Proportion des apports au coût total de la Cellule2 du PSIB



Cette présentation dénote de l'orientation du projet axé sur l'appui aux activités des districts sanitaires. L'exécution des activités du projet est mise sur les ressources directement imputables aux actions qui engagent le personnel. Les charges fixes de personnel représentent plus de 27% des charges totales de fonctionnement et sont pour 24% du coût total de la Cellule2. Les dépenses de véhicules représentent 23%

du coût total et absorbent 25% des charges totales de fonctionnement. Ensuite, viennent, les fournitures, la formation et les frais généraux, avec respectivement 17%, 14%, 8% du coût total. L'IEC/Mobilisation sociale et la supervision représentent une faible part du coût total du projet avec respectivement 3% et 1%. Parmi les coûts d'investissements, la formation du personnel de santé représente près de 2% des charges en capital du projet. La figure qui suit présente ces différentes proportions des coûts du projet.

**Figure n°3 : Répartition des coûts de fonctionnement selon les
composantes de coût de la Cellule2 du PSIB**



Le coût du personnel est assez élevé 27%. Il vient avant les dépenses de véhicules, les fournitures, la formation et les frais généraux. La supervision et l'IEC/Mobilisation sociale représentent une faible part des charges de fonctionnement du projet comme le montre la figure ci-dessus.

Une analyse coût efficacité de ces trois composantes permettra d'expliquer ces niveaux de répartition des coûts. Les activités de supervision sont réalisées par l'équipe cadre de région sanitaire (ECR) et par l'équipe cadre de district (ECD) pour les districts de santé. Les équipes de superviseurs comprennent des membres de la DRS et des districts. Le personnel du projet, en plus des activités de supervision, consomment une grande partie des charges administratives (fournitures, carburant etc.) Ce qui nécessairement augmente le coût de cette activité et celui des fonctions du projet.

I-2 Les coûts des fonctions principales de la Cellule2 du PSIB

Cette description des coûts des fonctions résulte de la répartition primaire et secondaire des charges indirectes. Le coût des activités et la répartition de ce coût sur les charges totales du projet sont mises en évidence.

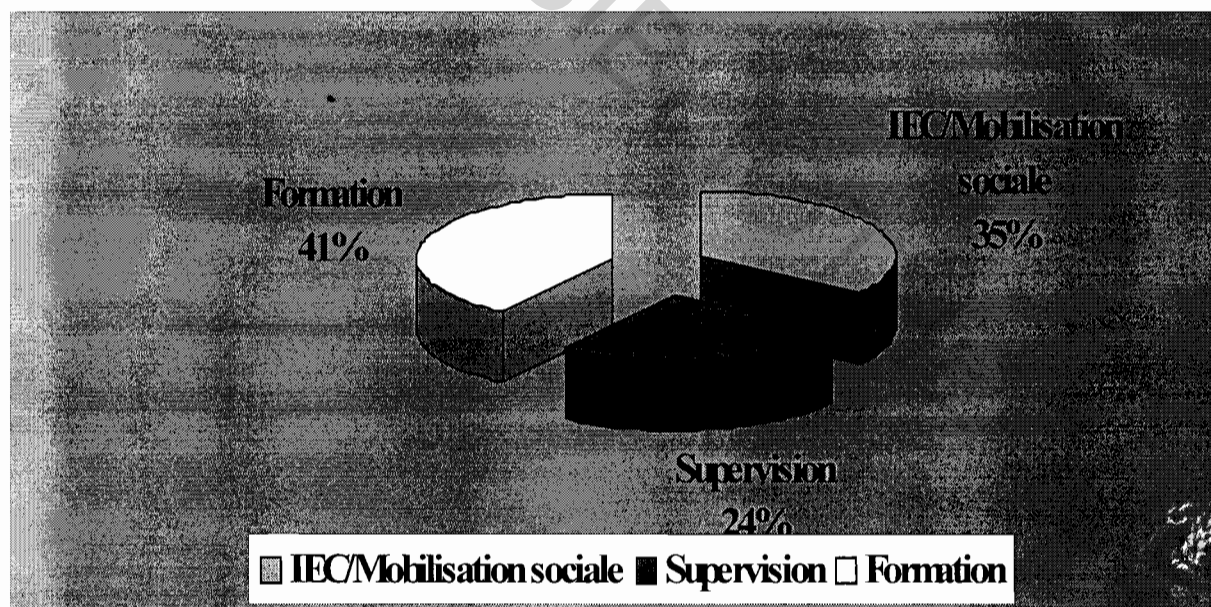
Tableau n°12 : Coûts des différentes fonctions de la Cellule2 du PSIB

Fonctions	Montant	Répartition
IEC/Mobilisation sociale	48.198.075	35%
Formation	55.778.524	41%
Supervision	33.578.328	24%
Total Général	137.544.928	100%

La supervision et l'IEC/Mobilisation sociale représentent respectivement 24% et 35% du coût total des fonctions du PSIB. La formation, activité essentielle du projet, représente 41% du coût total des fonctions.

La figure ci-dessous illustre mieux la répartition des coûts entre les différentes fonctions de la Cellule2 du PSIB.

Figure n°4 : Répartition des coûts selon les fonctions de la Cellule2 du PSIB



La répartition des coûts selon les fonctions d'activités du projet donne une idée précise des principales orientations au niveau des priorités du projet. L'intervention programmée vise à renforcer les ressources humaines par la formation de soins et des cadres de la région et du district. Pour une meilleure coordination et un appui technique de qualité, il est nécessaire que

le personnel de soins bénéficient d'une formation continue. C'est à juste titre que cette fonction consomme la plus grande partie des ressources. La prise en charge des frais de formation des participant à ces séminaires de formation (perdiem, frais de logement, indemnités des formateurs) contribuent à augmenter le niveau de coûts de ces formations. De même, le coût de l'IEC/Mobilisation sociale, dénote aussi des priorités au niveau des activités de terrain à travers la sensibilisation des populations dans les domaines des MST/ SIDA et de la PF. Il s'agit d'aider les populations à mieux se prendre en charge en renforçant l'action IEC dans les écoles, villages, cantons, centres de santé, clubs santé. L'efficacité de ces formations exige des moyens de contrôle et de vérification à travers la supervision. Le coût de la supervision représente 24% du coût total du projet.

Après une présentation succincte du coût des fonctions du projet, il serait judicieux d'apprécier la mesure des résultats obtenus par les différentes activités du projet.

Mais, avant cela, une synthèse des coûts selon la nature et les fonctions du projet est illustrée à travers le tableau ci-dessous.

Tableau n°13 : Distribution des ressources selon les fonctions du PSIB

Ressources	TOTAL	Administration	IEC/Mobilisation sociale	Formation	Supervision
Ressources humaines					
salaires et indemnités	32708720	15954360	1150000	12904360	2700000
Ressources matérielles					
frais de téléphone	349050	87263	87263	87263	87263
autres frais correspondances	32590	32590			
fournitures de bureau	7103060	1775765	1775765	1775765	1775765
carburant véhicules	14239123	411383	8668447		1909997
fournitures médicales	582540	582540			
entretien des locaux	3093160	773290	773290	773290	773290
entretien mobilier et matériel	1307415	326854	326854	326854	326854
entretien des véhicules	25885123	7147834	15272223		3365066
frais de gardiennage	1895000	473750	473750	473750	473500
réceptions, fêtes, cérémonies	376375	376375			
loyer et charges locatives	20000	20000			
impôts, taxes et versements	124100	124100			
assurances des véhicules	5168795	1447263	3049589		671943
Amortissements	7548048				
véhicules automobiles	1167872	4302387			3245661
bâtiment	762000	228600	114300	190500	228600
ordinateurs	1167872	291968	291968	291968	291968
matériel bureautique	1454000	363525	363525	363525	363525

mobilier de bureau	105400		26350	26350	26350
matériel de bureau	763000	190750	190750	190750	190750
Ressources financières		26350			
frais bancaires	32775	32775			
frais financiers	18750	18750			
frais de missions	3637944	1782593	145518	1418798	291036
TOTAL GENERAL	137.544.928	40968135	33104205	19217787	17116431

I-3 Mesure et analyse des résultats obtenus par le projet

Le PSIB a été lancé officiellement à Abengourou le 16 mai 1997. Les membres de la Cellule2 ont été nommés en juillet 1997, date à laquelle les activités du projet ont commencé.

Le déroulement des activités s'est faite de la manière telles qu'elles sont inscrites dans le DTF. Celui-ci servait de support de base pour l'exécution normal des activités à réaliser par la Cellule2 du PSIB. Le niveau d'exécution des activités réalisées sera apprécié à travers la présentation des indicateurs de résultats.

Ainsi, les activités réalisées couvrent la période d'étude 1998. Elles concernent les activités d'IEC/Mobilisation sociale, de formation et de supervision.

I-3-1 Mise en œuvre des activités de la Cellule2 du PSIB

Les activités d'IEC/Mobilisation sociale répondaient à un souci d'apprécier le niveau d'information et de changement de comportement de la population. qui pouvait y découler. Mais cela ne peut se faire sans une enquête de type CAP. Ces activités se sont déroulées à travers les actions de terrains dans les villages, cantons et les centres de santé par les agents de santé des différentes structures sanitaires aussi bien rurales que périphériques (ASC, IDE, SF etc.). La réalisation de ces séances se faisait soit à travers des séances de causeries en groupe en stratégies fixes ou avancées, soit par l'organisation de manifestations de mobilisation sociale dans les domaines de la planification familiale, des MST et du SIDA. L'élaboration d'une fiche de suivi a été mise en application au mois de mars 1999. Ce qui a permis d'apprécier la participation communautaire à ces différentes séances et de notifier un total de 7109 participants pour le District d'Abengourou et 7228 pour celui d'Agnibilékrou.

Au total, 720 séances d'IEC ont réalisés dans le District sanitaire d'Abengourou par les sensibilisateurs en 1998 ; 20 clubs santé MST/SIDA ont été installés. Les équipes de sensibilisateurs n'ont pas eu la même productivité du point de vue des séances organisées. Malgré le programme de formation en IEC en début du projet, l'évolution des activités d'IEC a subi des perturbations dues à l'absence de matériel IEC (boîtes à images) dans les formations sanitaires visitées.

Cela limite les moyens d'informations des populations sur les problèmes de santé. Ce type d'activités paraît insuffisamment suivi, sauf en ce qui concerne les activités de mobilisation sociale dans la lutte contre les MST/ SIDA où l'action est par contre remarquable de dynamisme et d'initiatives à l'analyse du rapport de bilan des activités de la Cellule2 du PSIB. Quant aux activités de formation, il faudrait souligner qu'elles ont surtout visé la formation du personnel des centres de santé.

Des membres de l'équipe cadre de région (ECR) et de district (ECD) ont pu participer à diverses formations ou stage en Côte d'Ivoire et à l'étranger.

Les formations dispensées au personnel de santé répondaient à un souci de voir appliquer entièrement par ceux-ci, les activités du PMA. Pour cela, l'organisation de séminaire de formation et de recyclage dans les domaines du PMA, de la PF et l'IEC/Mobilisation sociale, ont été réalisées.

Les activités de supervision comprenaient les visites de supervisions des structures sanitaires et des districts de santé. Celles-ci sont effectuées par les ECR et les ECD. L'ECR est formé du chef de projet, assistés par 3 superviseurs : le médecin de santé publique, l'infirmier des SSP, la sage-femme PF et du gestionnaire comptable. Quant à l'ECD d'Abengourou par exemple, elle comprend 2 médecins, 3 superviseurs en SSP, PMI/PF, IEC et du gestionnaire de district.

La plupart des supervisions se faisaient selon un calendrier mensuel à travers une grille de supervision. Comme matériels, les superviseurs utilisaient un guide de supervision et produisaient des rapports d'activités. Au total, 192 visites de supervisions ont été réalisées respectivement par les ECD et ECR en 1998. Cette présentation met en évidence le volume des activités réalisées. Nous pouvons donc calculer leur coût de revient.

I-3-2 Le coût de revient par activité

Le coût de revient par activité ou coût moyen (CM) est le rapport du coût total (CT) de l'activité à la quantité de l'activité produite (N).

Après avoir décrit la mise en œuvre des activités de la Cellule2 du PSIB, présenter les différentes fonctions, leurs activités, les coûts et les quantités produites, nous déterminerons les coûts unitaires. Outre la fonction IEC/Mobilisation sociale, nous allons présenter aussi les autres fonctions dans le tableau ci-dessous.

Tableau n°14: Détermination des coûts de revient par activité du projet

Fonctions	Indicateurs	Résultats	Coûts Totaux	Coûts Moyens
IEC/Mobilisation sociale	IEC/Mobilisation sociale			
	nbre d'IEC réalisées dans les villages	720	2.214.222	3075
	nbre de clubs santé installés	20	925.560	46278
	nbre de manifestation organisées	3	1.291.750	430583
			43885293	
	Total séances d'IEC	743	48.198.075	64.870
	Supervision			
supervision	nbre de visites de supervisions réalisées	192	33.578.328	174.887
	Total visite de supervisions	192	33.578.328	174.887
formation	Formation du personnel de santé			
	nbre de personnes formées sur l'hygiène	46	2.364.124	51.394
	nbre de pers formées (IDE, SF) PMA	48	9.162.765	190.891
	nbre de pers formées formateurs MST	15	1.153.429	76.895
	nbre de pers formées (IDE,SF) en PF	18	3.684.106	204.673
	nbre de pers formées (IDE, SF) en PF	40	525.250	13.131
	nbre de pers formées sur l'accueil	13	1.016.290	78.176
	nbre de pers formées (bourse)	1	2.768.000	2.768.000
	nbre de pers formées (médecins, autres)	4	753.250	188.313
			34.311.310	
	Total formation	185	55.778.524	301.506
	TOTAL	1120	137.544.928	122.808

I-3-3 Le ratio coût-efficacité par activité de la Cellule2 du PSIB

La description des coûts unitaires donne les informations pertinentes sur les conditions de pérennité des activités du projet. Les différents ratios coût-efficacité par activité sont les suivantes :

Tableau n°15 : Ratio coût-efficacité par activité de la Cellule2 du PSIB

Fonctions	Ratio coût-efficacité
IEC/Mobilisation sociale	64.870
Supervision	174.887
Formation	301.506

Les ratio coût-efficacité donnent une idée du rendement du projet. Il s'agit d'analyser le rapport entre les moyens engagés pour réaliser les activités et les résultats obtenus. Ces ratio font ressortir des coût unitaires nécessaires pour les différentes activités dans le cadre du projet. Ainsi, le coût moyen d'une visite de supervision est de 174.887 FCFA tandis que celui d'une personne formée est 301.506 FCFA.

Les ratio coût-efficacité par fonctions d'activités sont en ordre croissant :

Formation = 301.506 / personne formée

Supervision = 174.887 / visite réalisée

IEC/Mobilisation sociale = 64.870 / séance d'IEC réalisée

Ces ratios sont pertinents pour le projet car ils donnent des informations sur le coût par efficacité des activités réalisées et met en évidence les fonctions qui consomment le plus de ressources par niveau d'activité.

A présent, nous allons analyser les sources de financement de la Cellule2 du PSIB.

II- Analyse des sources de financement

Le PSIB à travers l'analyse des coûts de la Celule2 a été initié par l'Etat de Côte d'Ivoire et la Coopération Technique Belge. L'organe d'exécution est le Ministère de la Santé Publique dans le cadre de la DRS du Moyen-Comoé. L'identification des sources de financement vise à répertorier l'origine et l'ampleur des ressources injectées par les différents bailleurs de fonds du projet.

II-1 Identification des sources de financement

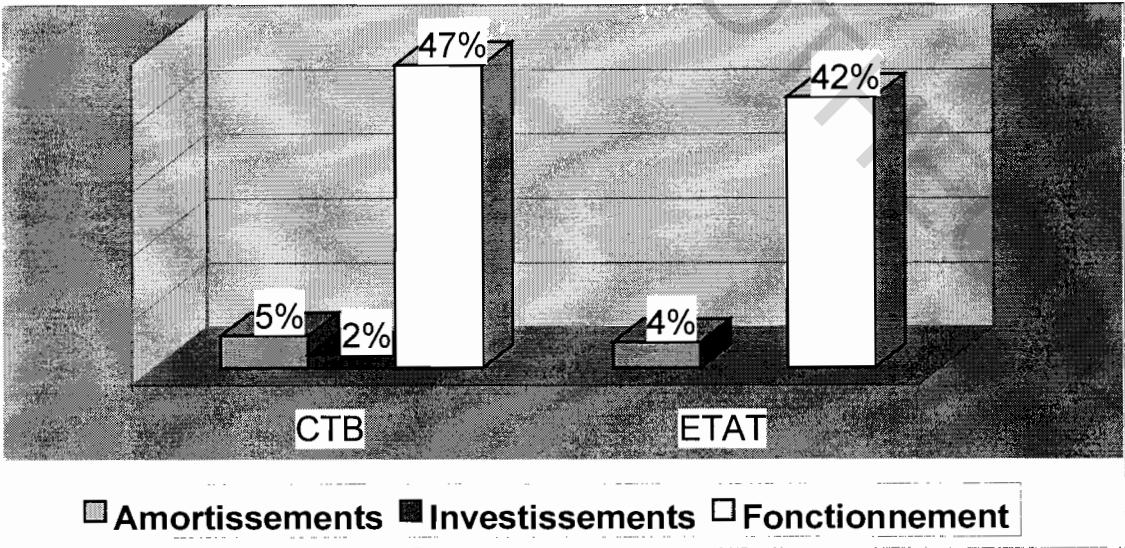
Notre étude a identifié deux sources. La répartition des apports selon l'origine du financement se présente ainsi :

Tableau n°16 : Répartition des apports selon l'origine du financement de la Cellule2 du PSIB

SOURCES	ETAT		BELGE		TOTAL	
APPORTS	Montant	%	Montant	%	Montant	%
Amortissements	5.861.048	4%	5.876.372	5%	11.800.420	9%
Investissements	0		2.768.000	2%	2.768.000	2%
Fonctionnement	57.560.067	42%	65.404.341	47%	122.986.508	89%
TOTAL	63.484.115	46%	74.048.713	54%	137.544.928	100%

L'analyse du tableau, montre que la CTB est le plus grand pourvoyeur de ressources du projet. Sa contribution au financement est de 54% des ressources totales du projet. Le financement de l'Etat représente 46% des charges totales de la Cellule2. Concernant les composantes de coûts considérés, l'Etat et la CTB supportent les charges d'amortissements à raison de 4% et 5% de ces charges, soit 9% du coût total. Les coûts de fonctionnement supportés par la CTB, s'élèvent à 47% contre 42% pour l'Etat. Ce qui représente, 89% des charges totales du projet. La figure suivante présente ces différentes répartitions.

Figure n°5: Répartition des coûts selon l'origine du financement du PSIB



La CTB est le principal bailleur de fonds de la Cellule2 du PSIB, ensuite, vient l'Etat de Côte d'Ivoire. Les ressources financées par chacun des intervenants peut mieux informer sur le type d'activités et les priorités visées par chaque intervenant.

On remarque que la charge relative à la formation supportée par la CTB est un investissement. Elle concerne l'octroi d'une bourse d'étude pour une formation à long terme. Cette charge représente 2% du coût total.

Les véhicules automobiles, les équipements informatiques et bureautiques sont des ressources affectées à la Cellule2. Les amortissements lui sont imputables, soit 9% des charges.

L'essentiel des charges de la CTB concerne le fonctionnement 47%. Il s'agit du personnel (Assistant technique), du fonctionnement des véhicules, de la formation et des frais généraux.

L'apport de l'Etat concerne les dépenses relatives aux fournitures, les frais généraux, les charges de personnel et les dépenses de fonctionnement des véhicules. Les charges de fonctionnement relatives aux activités d'IEC/Mobilisation sociale et la supervision sont faiblement prises en compte par l'Etat (1% et 0%) des charges.

Au total, l'Etat et la CTB interviennent dans le financement du projet au niveau des coûts de fonctionnement et des charges d'amortissement du projet.

Au terme de cette analyse, notre étude a décrit et analysé les coûts du projet selon les fonctions, les sources de financement, mais a aussi calculé les coûts de revient par activités. Il s'agit d'expliquer ces différents niveaux de coûts et analyser par la suite les conditions de reproduction et le passage de ces coût aux coûts des activités dévolues. Cette analyse est faite dans la troisième partie de notre travail.

TROISIEME PARTIE

DISCUSSION

ET

RECOMMANDATIONS

CHAPITRE I : DISCUSSION DES RESULTATS DE L'ETUDE ET LES **CONDITIONS DE REPRODUCTION DES ACTIVITES DE LA CELLULE2** **DU PSIB**

Les discussions vont porter essentiellement sur les coûts de reproduction des activités de la Cellule2 du PSIB. Elles nous permettront de déterminer les conditions économiques de reproductibilité dans le cadre de la dévolution des activités du projet dans un autre contexte. Ces discussions ayant pour finalité d'analyser les possibilités de pérennisation du projet. Mais avant d'engager une telle discussion, nous allons d'abord relever quelques difficultés techniques et méthodologiques soulevées par l'étude et qui relativisent nos résultats.

Ensuite, après un bref rappel de la problématique, nous allons analyser la pertinence entre les résultats de l'étude et les questions de recherche que soulève justement notre problématique.

En dernier point, nous examinerons les conditions économiques de reproduction du projet en passant par une analyse succincte de la dévolution des activités de la Cellule2 du PSIB. Mais, il faudrait souligner que dans l'ensemble, cet exercice vise à identifier les facteurs de coûts nécessaires pour la reproduction des activités du projet dans un contexte défini.

I- Les limites de l'étude

Elles portent sur les insuffisances de l'étude, des constats et des exemples pour leurs illustrations. Nous donnerons aussi certaines appréciations sur les moyens utilisés pour contourner certaines difficultés.

Ces limites portent essentiellement d'abord sur les informations relatives aux coûts des ressources. En effet, certains coûts n'ont pas été pris en compte comme les salaires des fonctionnaires du MSP, les charges d'eau et d'électricité. Nous n'avons pas pu avoir accès à ces informations.

Nous avons ensuite procéder à un retraitement de certaines données manquantes par des ajustements et des estimations précises. C'est le cas souvent des perdiems et certaines indemnités. Le personnel de la Cellule2 est rémunéré sur des fonds ivoiriens dans le cadre du MSP. L'état des dépenses présentent certaines informations faisant apparaître des difficultés d'enregistrement des dépenses par nature. Nous avons retraiter certaines informations.

Pour faciliter les calculs, nous avons analysé les coûts en considérant qu'ils sont perçus tout au long de l'année de base de l'étude. Mais, ces coûts qui n'ont pas pu être identifiés ou retraités n'ont pas une incidence réelle sur les coûts des différentes fonctions de la Cellule2 du PSIB. Leur influence sur les coûts unitaires par fonction d'activités pourrait être négligeable.

Les chiffres sont souvent extraits du rapport d'activités pour l'année 1998. Il aurait été intéressant de recenser les informations sur les résultats du projet en termes d'indicateurs de résultats des activités réalisées. Ces informations ne figurent pas souvent dans le bilan des activités de la Cellule2 qui les présente en termes global sans les spécifier.

L'ancrage des activités du projet au niveau de la DRS soulève des problèmes pratiques de détermination des coûts des activités de l'une ou l'autre entité dans la mesure ces deux entités semblent confondues. Or, le DTF sur lequel s'appuie les activités à réaliser, est basé sur une prévision de ces activités et des dépenses faites de façon trop détaillée et théorique sans tenir compte des inévitables lenteurs au démarrage du projet. Toutefois, celles qui sont recueillies donnent une idée sur les coûts et les niveaux d'efficacité possible pour la mise en œuvre des activités.

Sur le plan méthodologique, la limite tient en général à la répartition des charges indirectes entre les fonctions du projet. Les mécanismes d'imputation sont efficaces pour les charges directes, mais pour les charges indirectes, ce mécanisme fait appel à des approximations et c'est pourquoi on utilise en plus la méthode des centres d'analyses. Ainsi, au niveau de la répartition des charges d'amortissements, les clés de répartition sont choisies arbitrairement en fonctions des informations disponibles lors de la collecte des données de coûts. Et c'est l'une des principales critiques faites à cette méthode de calcul des coûts concernant les clés de répartition.

Notre étude a essayé d'apporter des justifications aux choix qui ont été fait en apportant des réponses qui ouvriront des perspectives à d'autres chercheurs.

En effet, cette étude descriptive des coûts cherche à déterminer les conditions économiques de reproduction des activités du projet. Elle implique la connaissance de leurs coûts de production et souligne l'importance des coûts de reproduction. C'est pourquoi, elle part de la problématique selon laquelle le financement par les bailleurs de fonds ne suffit pas pour réaliser toutes les activités du projet. En plus, si ces ressources sont bien en elles mêmes suffisantes, alors la dévolution de ces activités au niveau régional et district assurera t-elle la pérennité du projet ?

Dans ce souci, le coût de revient des activités dépend de la mobilisation de toutes les ressources engagées selon des modalités de financement. Les conclusions de cette hypothèse seront exposées pour une analyse et détermineront les discussions à engager sur les perspectives futures du projet.

II- Analyse de la pertinence entre les questions de recherche et les résultats de l'étude

L'étude a identifié les différents intervenants dans le financement et la part supportée par chacun. Ces sources de financement sont au nombre de deux : la Coopération Technique Belge (CTB), l'Etat de Côte d'Ivoire. Nous analyserons les modalités d'intervention de ces différentes sources dans le financement de la Cellule2 du PSIB.

II-2 L'apport de l'Etat de Côte d'Ivoire

Les apports de l'Etat de Côte d'Ivoire concernent à la fois les charges de fonctionnement et les charges d'investissements. Le personnel du MSP affecté au projet comprend des fonctionnaires et des contractuels dont les salaires et indemnités sont prises en comptes par l'Etat comme convenu dans l'AP entre les deux parties. Ces agents consacrent leurs temps d'activités au projet et à la DRS. En travaillant pour le projet, ils y consacrent une partie de leur temps, donc une partie de leur salaire. Ces coûts cachés augmentent celui des coûts du personnel et du projet.

La participation de l'Etat aux charges fixes de personnel intervient à hauteur de 7% du coût total. Il assure aussi le financement des charges de fonctionnement relatives aux fournitures (16%), au fonctionnement des véhicules, la formation et les frais généraux. La majeure partie des charges de personnel étant assurée par l'Etat de Côte d'Ivoire, le problème de la viabilité institutionnelle du projet ne se pose pas. L'Etat continue à fonctionner et garde le contrôle du secteur de la santé.

II-1 La Coopération Technique Belge

Les coûts supportés par la CTB se focalisent sur les coûts de fonctionnement de la Cellule2. Ceux-ci représentent près de 47% du coût total du projet. La CTB intervient au financement du projet à hauteur de 54% du coût total. A ce titre, elle assure le paiement de nombreuses charges d'administration et de fonctionnement telles que : les frais de fonctionnement de l'assistant technique belge, les frais de carburant et de déplacement du personnel. L'analyse des sources de financement montre que ces charges sont des financements propres aux activités de terrain telles les supervisions et les séances d'IEC/Mobilisation sociale dans les deux districts sanitaires.

La Cellule2 du PSIB a bénéficié des ressources humaines, matérielles et financières mises à sa disposition. Elle s'y est investit en vue d'atteindre les objectifs fixés. Le bâtiment, les véhicules, les équipements bureautiques et informatiques, le mobilier de bureau ont été acquis pour la rendre fonctionnelle.

Ces ressources sont utilisées pour la planification, la coordination, la supervision de ses activités. Ces ressources connaissent des dépréciations dues à l'usure du capital.

Il va falloir songer à procéder à un renouvellement du matériel acquis. Les charges d'amortissements annuelles grèvent 9% des charges totales de la Cellule2. La part consacrée aux investissements ne pourra être rentabilisée que si l'appui au fonctionnement au niveau de l'entretien et la maintenance des immobilisations se poursuit. Cela peut nécessiter de nombreuses années et implique un coût récurrent d'entretien et de maintenance.

A l'analyse, deux sources de financement interviennent dans le financement des activités du projet selon des modalités différentes et participent à la formation de son coût total, soit 46% pour l'Etat de Côte d'Ivoire, la Coopération Technique Belge, 54%. Le coût de production annuel du projet est estimé à 137.544.928 FCFA.

A partir de cette analyse des modalités de financement du projet par ces différents intervenants, on pourrait affirmer que notre hypothèse se trouve confirmée. Celle-ci montre en effet que le coût de production des activités de la Cellule2 est un coût partagé entre les deux sources de financement.

La nature du financement et l'origine du financement des activités expliquent donc le niveau des coûts engagés. D'où, il serait judicieux d'examiner les conditions de reproduction du projet ailleurs, à partir de ces coûts de production. Pour cela, un examen critique des facteurs favorisant une hausse ou une réduction des coûts des activités du projet s'impose. L'intérêt de cette démarche réside à coup sûr dans la tentative d'analyser de façon critique les modalités d'utilisation rationnelle des ressources rares. Cela passe par l'identification des coûts.

CHAPITRE II : DISCUSSION DE LA REPRODUCTIBILITE DES ACTIVITES DE LA CELLULE 2 DU PSIB

Cette discussion porte sur l'analyse des facteurs favorisant une augmentation ou une diminution des coûts du projet. Puisque, nous avons estimés les coûts totaux de la Cellule2, il est question d'identifier certains paramètres influençant l'accroissement de ces coûts.

Après cela, nous allons expliquer les mesures pour lesquelles ces coûts pourraient être réduits ou en hausse.

II-1 Analyse des facteurs favorisant une augmentation des coûts moyens de la Cellule2 du projet

❖ Les coûts de lancement du projet

Les frais de lancement de la Cellule2 du PSIB concernaient surtout les dépenses de locations de matériels (locations bâches, chaises, frais d'hôtel etc.) pour le lancement des festivités de démarrage du projet à Abengourou. Ce sont des coûts que nous pouvons ignorer car leur incidence pourrait alourdir les charges totales des activités du projet.

❖ La formation du personnel

Le coût de la formation est élevée (15% des charges de fonctionnement) par rapport au personnel formé. Les activités du projet ont surtout visé la formation du personnel de santé des structures sanitaires à travers des séminaires de formation continue, l'offre de bourses d'études et des stages de formation à l'étranger. Ces formations visaient à renforcer les capacités du personnel de santé dans le cadre du PMA.

Ce type de formation demande un soutien financier et technique par la prise en charge des frais de formation (perdiem, logement, indemnités des formateurs frais de stage). Or, l'efficacité de ces formations relativement théoriques sera vérifiée lors des supervisions. Cela engendre des dépenses liés au frais de supervision des structures sanitaires des districts si l'on veut juger de l'efficacité des formations reçues.

❖ L'exploitation et l'entretien des véhicules

En ce qui concerne les véhicules, la Cellule2 dispose de trois véhicules dont l'une sert à la liaison pour les activités et les deux autres affectées aux fonctions du chef de projet et de l'AT/CE2. Les charges d'amortissements annuels de ces véhicules représentent 5% des charges totales de la Cellule2. L'effet des véhicules sur la motivation et la mobilité est évident, mais le coût de ce est-il vraiment justifié par rapport aux résultats? est-il soutenable (maintenance, assurances, fonctionnement, renouvellement) avec les moyens financiers dont

dispose l'Etat, le projet et la population. Rien ne permet de l'affirmer : si les budgets de fonctionnements ne sont pas versées régulièrement. Il faudra mettre au point des règlements pour l'usage et l'entretien des véhicules. Les conséquences pourraient être une augmentation des coûts du projet. La question serait de savoir en cas de dévolution des activités du projet quel serait le sort de ces véhicules ?

❖ **Les activités de supervision**

La supervision est une activité essentielle dans l'atteinte des objectifs sanitaires du programme. Elle est souvent négligée par les responsables. La réalisation des visites de supervisions dépend surtout de l'attribution de primes. La supervision représente 1% des charges de fonctionnement. L'appui aux activités de supervision consistait à la prise en charge des frais de déplacement et par la fourniture de carburant.

L'analyse des résultats montre que la quantité d'activité produite pour la supervision est de 192 pour une charge totale de 33.578.328 FCFA, soit 174.887FCFA/visite effectuée.

❖ **Les frais de mission**

Pour les déplacements dans le cadre des activités du projet, le personnel de la cellule2 effectuent des missions à l'intérieur. Ces frais de missions ont occasionné un coût global de 3.637.944 FCFA.

❖ **Les activités d'IEC/Mobilisation sociale**

L'IEC/Mobilisation sociale concerne surtout les activités de sensibilisation en stratégies avancées et la lutte contre les MST/SIDA et la PF. Les coûts des activités d'IEC/Mobilisation sociale est de 4.312.782FCFA soit 3% du coût total. Elles ont faiblement bénéficié d'un appui du projet. Sauf qu'il y'a eu beaucoup d'initiatives, de dynamisme au niveau des activités de PF dans les centres de santé.

❖ **Les coûts et la productivité du personnel**

La productivité du personnel de la Cellule2 est un facteur explicatif dans la réalisation des objectifs du projet. En effet, l'analyse des indicateurs de résultats du projet révèle que la quantité d'activité produite pour les séances d'IEC est de 743 séances pour un coût total de 48.198.075 FCFA soit 64.870 FCFA par activité organisée. Elles ont touché 14.337 personnes dans les deux districts. Il y'a eu une distribution d'environ 3000 affiches et dépliants et plus de 10.0000 préservatifs.

Pour la supervision, 192 visites de supervision ont été réalisées par les deux districts sur 192 prévues soit 100% de taux d'activité réalisé. Il ressort de cette description que l'efficacité du

personnel administratif et du personnel technique dans l'atteinte des objectifs se répercute différemment sur les coûts moyens des activités et donc sur l'efficacité des prestations fournies. C'est pourquoi, plus le personnel accomplit peu d'activité, le coût unitaire de son activité baisse. Ainsi, une affectation des ressources humaines (médicale, paramédicale, administrative et de soutien) est indispensable pour une mise en fonctionnement dans des conditions opérationnelles satisfaisantes. Un tableau prévisionnel des effectifs pourrait être par exemple conçu pour assurer une bonne stabilité du personnel des formations sanitaires rurales sur qui repose l'essentiel des activités de sensibilisation.

A l'analyse, si certains facteurs augmentent le coût des activités, d'autres par contre favorisent la réduction de ces coûts.

II-2 Analyse des facteurs favorisant une diminution des coûts moyens de la

Cellule2 du projet

L'analyse des facteurs favorisant une réduction des coûts des activités de la cellule met en évidence les économies susceptibles d'être réalisées par le projet. La réduction des coûts peut s'accomplir de plusieurs façons : soit à partir d'une diversification des services offerts par le projet, soit par la réduction au minimum des procédures non nécessaires ou l'introduction de certaines méthodes de distribution de médicaments et de préservatifs moins coûteuses.

Concernant, une séance d'IEC, celle-ci est réalisée à travers des causeries en groupe où souvent se confondent plus d'une activité telles la démonstration du port de préservatifs, la distribution des condoms. Si l'on quantifie le produit total des séances d'IEC et de mobilisation sociale organisées, nous obtenons les résultats suivants : 720 séances d'IEC dans les villages, 20 clubs de santé installés et 3 manifestations organisées. Ce qui fait ressortir le coût total de l'IEC/Mobilisation sociale à un chiffre de 4.312.782 FCFA .

En produisant plusieurs activités à la fois au cours d'une activité, on arrive à réduire le coût de la fonction IEC/Mobilisation. Car avec les différentes activités d'IEC, il serait possible de réaliser des réductions de coût par une intégration d'autres activités. En outre, une exploitation rationnelle des capacités pouvant se traduire par

aussi une réduction des frais généraux de chaque activité. Il en est de même de l'utilisation des véhicules de la Cellule2 pour plusieurs activités. Les tournées de suivi des activités d'administration et de planification familiale peuvent être organisées avec la supervision. Les déplacements fréquents à Abidjan qui occasionnent des frais de mission élevés ne pourraient

pas être regrouper avec d'autres activités et les personnes lors des déplacements plutôt que de voir chacun venir avec son propre véhicule.

Ainsi, les charges d'amortissements, d'exploitation des véhicules sont réparties entre les fonctions suivantes, 3245661 FCFA pour la supervision et 4.302.387 FCFA pour l'Administration. Le coût de l'amortissement annuel dû au projet est de 7.548.048 FCFA. Au total, les discussions sur l'identification des facteurs d'augmentation ou de réduction des coûts, montrent que le niveau de coûts engendrés, les quantités d'activités produites soulèvent la question de l'efficacité de ces activités et du coût de production de celles-ci si l'on veut pérenniser les acquis du projet.

II-3- Analyse des conditions de reproductibilité des activités de la Cellule2 du projet

Le projet était un appui cogéré direct aux structures mêmes de l'Etat. Il consomme des ressources directes et indirectes en fonction des activités. Nous avons classer les charges d'exploitation en deux types :

- ✱ **les charges de fonctionnement**
- ✱ **les charges d'investissements**

Les objectifs de l'étude reposent sur les conditions de reproduction des activités en vue d'assurer la pérennité des acquis du projet. Il est indispensable dans cette étude, de montrer l'importance de ces coûts dans la bonne exécution des activités du projet.

Il sera question ici d'analyser les conditions et les choix nécessaires pour reproduire le projet dans un autre contexte.

a- Conditions de reproduction de l'investissement et des amortissements

• Les Amortissements

Les amortissements concernent les bâtiments, les ordinateurs, les équipements bureautiques, le matériel et mobilier de bureau et les véhicules automobiles.

♦ Les véhicules

Les véhicules sont utilisés pour les déplacements du personnel et la mobilité des superviseurs. L'effet des véhicules sur la motivation du personnel étant évident dans des supervisions dans la mesure où la distance entre les sites de supervisions est grande. Cette charge paraît nécessaire dans un tel projet où le contrôle et la supervision des activités des structures sanitaires dans les districts est capital si l'on veut atteindre les objectifs du programme. Les contacts fréquents avec les populations et les personnels médicaux et paramédicaux exigent

de nombreux déplacements. Pour cela, un nouveau projet doit prévoir des coûts d'acquisition pour ces véhicules dans un contexte de dévolution des activités du projet.

La situation géographique des districts sanitaires justifie la nécessité des véhicules de liaisons et de supervision pour assurer les missions de coordination, de suivi et de l'évaluation des activités du projet au niveau sanitaires surtout que ces outils n'existent pas réellement.

La viabilité institutionnelle du projet étant assurée, il faut acheter de nouveaux véhicules et assurer une utilisation rationnelle et efficace. Les difficultés pourraient surgir au niveau de l'entretien et la maintenance du véhicule s'il y'a incapacité d'en financer les réparations.

♦ **Les ordinateurs et équipements bureautiques**

Sur le plan des équipements bureautiques et informatiques, il faut souligner que la Cellule2 dispose du matériel pour la rendre fonctionnelle. Ainsi, les ordinateurs servent aux membres du personnel administratif et technique à savoir la secrétaire, le comptable, le chef de projet, le médecin de santé publique et la sage-femme PF, pour la rédaction des rapports de supervisions, des rapports annuels de la Région, la

tenue des comptes et la gestion de l'information sanitaire. L'amortissement des 2 ordinateurs est estimé à 1% du coût du projet. Compte tenu de l'importance des activités gestionnaires et administratives du projet, il faut prévoir les coûts de remplacement de ces ordinateurs. L'usure et la dépréciation des ordinateurs de la Cellule2 nécessite une charge d'amortissement. L'étude ayant montré que la répartition du temps d'utilisation des ordinateurs est fonction du nombre d'utilisateurs selon les fonctions d'activités du projet. Pour les équipements bureautiques, l'amortissement annuel est estimé à 1% du coût du projet. Vu l'importance de ces équipements pour l'entretien des locaux, il faut prévoir leur remplacement à travers la prévision des sommes forfaitaires pour couvrir l'entretien et la maintenance.

♦ **Le Bâtiment administratif**

Le projet occupe le site de la DRS. Le partage des ressources humaines, matérielles et financières avec celle-ci demandent des critères de renforcement des choix institutionnels qui accroît les chances de continuité des activités du projet. Celui-ci a des effets multiplicateurs surtout grâce sa dimension formative.

En effet, le projet mobilise du personnel administratif, du personnel technique (médecins, infirmiers et sages-femmes), des agents de soutien et des intervenants extérieurs pour les activités de sensibilisations et de mobilisation sociale (sensibilisateurs, ASC, IDE et SF).

Dans le cas où les membres du personnel du MSP affectés au projet sont reconduits, cela signifie que les locaux de la DRS sont maintenus. Un seul bâtiment suffira pour les activités du projet. Cependant pour reproduire le projet dans un autre contexte, une analyse de la productivité du personnel s'impose. La rémunération du personnel fonctionnaires par des primes et motivations est conditionnée par la prise en compte des critères de performance à travers les indicateurs d'atteintes des résultats. Il est de notoriété que la productivité du personnel de l'administration publique est faible et que ces agents consomment des ressources financières.

L'absence de mesure des indicateurs de résultats décelés et les motivations financières pourraient entraver l'évolution des activités du projet.

Le personnel logé au siège fait essentiellement de la supervision et de la formation et les tâches administratives. Il en a produit 24 visites de supervisions des districts sanitaires par les superviseurs de l'équipe cadre de district.

L'amortissement annuel du bâtiment est estimé à 762.000 FCFA avec une charge de location annuelle de 1.200.00 FCFA / an à la charge de l'Etat. Les charges directes et indirectes au niveau de l'exploitation du bâtiment (frais de téléphone, électricité, eau, frais d'entretien des locaux) seraient plus élevées dans la mesure où l'état des dépenses ne donne pas une vision claire des dépenses communes. Ainsi, certaines dépenses de fonctionnement de la DRS pris en compte dans le BGF serait imputer au frais de fonctionnement du projet.

Il apparaît que la productivité du personnel dans les locaux a une répercussion sur le coût moyen des activités. Quant aux besoins en personnel administratif, ceux-ci doivent rester proportionnels au volume de ressources à gérer et une même personne peut cumuler plusieurs fonctions. Cela ne veut pas dire qu'il faut supprimer certaines fonctions mais voir les possibilités de réduction des charges liées l'exploitation et l'entretien du bâtiment. En revanche, il est exclu de doter en infrastructures supplémentaires le bâtiment du projet.

Le local suffit pour le projet compte tenu du volume du personnel sur le site et que les entités politico-administratives existantes fonctionnent avec des crédits de fonctionnements annuels attribués par l'Etat.

En somme, le bâtiment peut être loué mais il faudrait utiliser des moyens et humains et matériels qui justifie le choix du local. Le choix du bâtiment de la DRS dépend donc du rendement des effectifs du personnel mais aussi du contexte d'évolution des activités du projet.

- **Les Investissements**

La formation du personnel des soins de santé est une activité importante du projet. Les coûts d'investissements en formation représente 2% du coût total. Le renforcement des actions aux niveau district implique que les ECD devraient être formées de manière suffisamment complète pour qu'elles puissent mettre en pratique la formation théorique reçue.

A cet titre, stimuler la formation des ECD, est l'un des facteurs déterminant de leur efficacité en plus de les doter en équipements et infrastructures nécessaires pour réaliser leur activités.

- b - Conditions de reproduction des charges de fonctionnement**

L'analyse de la structure des coûts de la Cellule2 dégage les composantes de coûts. Ce sont : les coûts du personnel, la supervision, l'IEC/Mobilisation sociale, les fournitures, les frais généraux, les dépenses de véhicules et la formation.

- **Le personnel**

Le projet s'appuie sur des ressources humaines locales. Les différences d'efficacité constatés entre le personnel administratif et le personnel technique nécessitent une utilisation rationnelle des intervenants extérieurs lors des activités du projet. Il faudrait veiller ainsi à ne pas gonfler inutilement les effectifs en adaptant le nombre de personnes au volume des prestations et aux tâches à accomplir, et non pas à des normes théoriques de besoins.

C'est pourquoi, dans le sens d'une plus grande efficacité, le contenu des différentes activités et les indicateurs de résultats qui orientent celles-ci, doivent reposer sur une bonne stabilité du personnel pour éviter le risque de gonfler davantage des coûts récurrents de personnel.

Pour ce projet, les besoins en personnel pourraient se présenter comme suit :

Personnel administratif (chef de projet, comptable, secrétaire, courtier, gardien, 1 superviseur)

Personnel de soutien (chauffeur)

Personnel technique ou de terrain (leaders, animatrices, sensibilisateurs)

Personnel médical (médecins, infirmiers, sages-femmes, ASC)

- **La supervision**

Le coût de cette activité est liée aux charges de véhicules, aux fournitures de carburants et à la prise en charges des frais de supervision. Le coût de la supervision varie proportionnellement aux volumes des charges administratives de gestion et d'exploitation de ressources.

Ce qui revient à dire que le coût de la supervision doit être fonction d'une combinaison des ressources qui minimiserait leur coût d'utilisation sans affecter leur résultat. Cette analyse des combinaisons possibles nécessite une analyse des coûts approfondie.

▪ **L'IEC/Mobilisation sociale**

Il concerne le matériel d'IEC à savoir les boîtes à images, les préservatifs et les autres équipements didactiques pour les activités d'IEC. Le coût peut être majoré si l'on tient compte des conditions d'approvisionnement et de distribution des préservatifs.

Au terme de cette analyse sur les conditions économiques de reproduction du projet, faisons une simulation des coûts pour un projet semblable à partir des coûts de production de la cellule2 du projet santé ivoiro-belge.

▪ **Le fonctionnement des véhicules**

En ce qui concerne les véhicules, leur charges d'exploitation et d'entretien représentent 23% du coût total du projet. L'effet des véhicules sur la motivation et la mobilité du personnel étant évident, il serait intéressant de prévoir dans l'avenir des crédits suffisants pour la maintenance et l'entretien. Cela passe par la mise au point

de règlement pour l'usage des motos et véhicules à travers un calendrier précis des supervisions et des activités de sensibilisation.

L'étude ayant dégagé les conditions de reproduction des coûts de fonctionnement et d'investissements, il est question de formuler des possibilités sur les coûts de reproduction du projet sur la base des choix envisageables.

II-4 Simulation des coûts de reproduction d'un projet basé sur l'appui à la

Région sanitaire

Il s'agit dans cette partie de déterminer à partir des choix, les coûts susceptibles de reproduire les activités du projet santé belge ailleurs. Pour cela, il nous faut définir un nouveau contexte basé sur des suppositions et conditions critiques.

II-4-1 suppositions et conditions

Nous estimons le coût de reproduction du projet dans un contexte relativement identique à celui de la Cellule2 dans la Région du Moyen-Comoé. Le site administratif est situé au même endroit à la DRS à Abengourou. Le personnel de la DRS est maintenu et régulièrement payé ; de même que celui des districts sanitaires et des structures sanitaires de la Région. Un seul bâtiment est utilisé pour les différentes activités du projet. Les 2 ordinateurs sont reconduits. Les 3 véhicules sont acquis pour les activités de la Cellule2. Les équipements bureautiques et les matériels et mobiliers de bureau sont les mêmes. Le maintien du niveau économique, la stabilité sociale et politique sont assurés. Les troubles sociaux ne sont pas négligeables.

Les visites de supervision se déroulent selon un calendrier mensuel défini (1visite/mois). Les crédits d'investissements et de fonctionnement de la région sont mobilisables et engagés.

Les ressources humaines, financières et matérielles du MSP et de la Coopération Belge sont mobilisées et assurées.

L'objectif global du projet est d'améliorer l'état de santé des populations de la région. Il est basé sur un ensemble d'objectifs spécifiques définis à partir des différentes composantes sanitaires telles qu'assurées dans le projet santé belge.

II-4-2 Simulation des coûts reproductibles

Le coût unitaire des ressources considérées dans la simulation est réel. Ce sont les valeurs de l'année de base 1998. Les quantités sont identiques à celles décrites par le projet. Mais certaines quantités sont revues à la baisse ou à la hausse en fonction de notre analyse du projet. Concernant les ressources humaines, nous avons reconduit le montant des motivations financières au niveau des perdiem et indemnités. Au niveau des ressources financières, les frais bancaires et frais financiers sont perçus et leur montant reconduits. L'Etat prend en charge les taxes et impôts sur les immobilisations en matériels du projet. Pour certaines rubriques, nous avons fixé un coût indicatif proche de la réalité du projet précédent.

Le tableau qui suit présente une distribution de la valeur de toutes les ressources pouvant servir à un nouveau projet.

Tableau N° 17 : Coûts de reproduction de la Cellule2 du PSIB

Les Apports	Quantité	Coût unitaire	Coût de reproduction	Coûts de production
INVESTISSEMENTS				
Véhicules autos	3	12000000	36000000	7548048
Ordinateurs	2	1500000	3000000	1167872
Bâtiment	1		900000	762000
Matériel de bureau			763000	763000
Mobilier de bureau			105400	105400
Equipement bureautique			1454100	1454100
Formation				
Bourse d'étude (médecin)	1		2500000	2768000
Sous total Investissements			44722500	11800420
FONCTIONNEMENT				
Rémunération du personnel				
chef de projet (12 mois)	1	125000	1800000	
médecins de district de santé	2	75000	1800000	
médecin de santé publique	1	75000	900000	
infirmier des SSP	1	50000	600000	
sage-femme PF	1	50000	600000	

Analyse des coûts d'un projet dans l'optique de la reproductibilité et dans le cadre de la dévolution des activités :

Le cas du Projet Santé Ivoir-Belge dans la Région du Moyen-Comoé en Côte d'Ivoire

comptable	1	75000	900000	
secrétaire	1	150000	1800000	
chauffeur	1	100000	1200000	
coursier	1	75000	900000	
Assistant Technique	1	22508720	22508720	
Sous total personnel			32708720	32.708.720
Fournitures				
fournitures de bureau			7500000	8681518
carburant véhicules			6000000	14692283
Fournitures médicales			582540	582540
Sous total fournitures			14082540	23956341
Frais Généraux				
Entretien des locaux			1500000	3093160
Entretien matériel et mobilier			900000	1307415
Frais de gardiennage			1200000	1895000
Frais téléphone			300000	349050
Autres frais correspondances			32590	32590
Loyers et charges locatives			20000	20000
Frais de missions			1500000	3637944
Impôts, taxes et versements			124100	124100
Réceptions, fêtes, cérémonies			200000	376375
Frais bancaires			32775	32775
Frais financiers			18750	18750
Sous total Frais Généraux			5828215	10887159
Dépense des véhicules				
Entretien des véhicules			2000000	25885123
Assurances des véhicules			4500000	5168795
Sous total véhicules			24500000	31053918
Formation			10000000	18699214
IEC/Mobilisation sociale			4500000	4312782
Supervision			1500000	1368374
Sous total Fonctionnement			93119475	122.986.508
TOTAL GENERAL			137.841.975	137.544.928

Il ressort de cette analyse que les coûts de reproduction de la Cellule2 du PSIB s'élèvent à 137.841.975 FCFA. Ils sont sensiblement identiques à ceux relatifs aux coûts de production du projet. Les coûts de reproduction ont valorisé le coût économique des immobilisations de la Cellule2 du PSIB et réduire les charges de fonctionnement. Ces coûts ont pris en compte l'achat des véhicules, l'achat des ordinateurs. La différence n'est pas grande. Ainsi, toutes les immobilisations représentent des charges nouvellement acquises.

On remarque toute la différence de coût se situe à ce niveau. Alors que pour l'ancien projet, nous amortissons ces coûts.

Les coûts de production sont des coûts rétrospectifs, ils ont permis d'estimer le coût réel des ressources engagées. L'étude a mis en évidence les coûts de reproduction de la cellule² du projet. Ces coûts prévisionnels fournissent des informations pertinentes sur les conditions de dévolution des activités du projet à la région sanitaire. Nous allons entreprendre à présent une discussion sur les conditions de dévolution de ces activités aux districts sanitaires.

V- Analyse des conditions de dévolution des activités du projet à la Région sanitaire

L'analyse des conditions de dévolution du projet met en évidence les possibilités de transfert éventuel des apports du projet et de ses activités à la région sanitaire et aux districts de santé. Dans le cadre de la dévolution, les ressources, les compétences et les responsabilités du projet sont affectées dorénavant à la Région sanitaire. Ce passage nécessite la connaissance des coûts de production des activités du projet. Les avantages et les problèmes potentiels soulevés par la dévolution des activités du projet peut être résumer selon les fonctions.

L'IEC/Mobilisation sociale

Les ressources nécessaires pour l'IEC sont faibles. La promotion des activités d'IEC est une nécessité pour les districts dans le nouveau contexte. Pour cela, il faudra intégrer les programmes d'IEC dans les services au niveau des formations sanitaires.

▪ La supervision et la formation

La supervision peut être liée directement à la formation au niveau local et l'influencer. Il faudrait introduire les changements nécessaires au soutien logistique (équipement, fournitures, transport) car les crédits de fonctionnement étatiques sont insuffisants pour accomplir ces activités si le projet arrive à terme.

Il faudrait aussi réduire les coûts de la formation par un la mise en place de programme de formation locale adaptée aux exigences des formations sanitaires. Ce type de formation pourrait se dérouler dans les locaux des structures sanitaires. Les coûts seront réduits puisque les perdiem et les frais de logement des participants sont supprimés.

▪ L'Administration

Le niveau local établit des objectifs de performance et supervise le personnel puisqu'il disposera probablement de moins d'argent, ce qui risque d'exacerber les inégalités entre régions et localités et de compromettre la qualité et la disponibilité des services.

Analyse des coûts d'un projet dans l'optique de la reproductibilité et dans le cadre de la dévolution des activités :
Le cas du Projet Santé Ivoir-Belge dans la Région du Moyen-Comoé en Côte d'Ivoire

Les décisions locales visaient à appuyer les objectifs du projet par une réduction des coûts liés au fonctionnement. Les décisions peuvent être fortement influencées à la fois par les politiques centrales et locales.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

CHAPITRE III: RECOMMANDATIONS

Les recommandations que nous formulons découlent des discussions portant sur les conditions économiques de reproductibilité et de dévolution des activités du projet. Elles sont orientées surtout vers les acteurs du projet : les Responsables de la Cellule2 du PSIB, aux bailleurs de fonds, la CTB et l'Etat de Côte d'Ivoire, au Ministère de la Santé Publique, à travers la Direction Régionale de la Santé et les Districts Sanitaires du Moyen-Comoé.

III-1. Aux Responsables de la Cellule2 du PSIB

L'étude veut contribuer à une meilleure utilisation des ressources disponibles du projet. Elle pose les fondements d'une gestion efficace des projets par la maîtrise de l'outil économique.

En effet, la conception bi-cellulaire du projet et sa localisation au niveau d'une structure étatique a savoir la DRS, impose une meilleure connaissance du coût des activités produites. Cela est d'autant pertinent que l'ancrage de la Cellule2 au niveau de la DRS, pose les conditions d'une meilleure affectation des ressources.

Le suivi et la gestion repose sur un cadre logique, lequel devrait être le document de référence pour le pilotage et l'évaluation du projet. En particulier, des indicateurs de résultats de chacun des niveaux de la logique verticale du projet, leurs moyens de vérification, les sources d'informations, les méthodes de collecte de données utilisées pour mesurer ces indicateurs devraient être identifiées. Des données de base manquantes pour mesurer le coût de production des activités de la Cellule2 devront être comblées dans la mesure où l'étude peut contribuer, du point de vue d'efficacité, à analyser les facteurs influençant la production et la reproduction des activités du projet.

Pour cela, l'étude propose aux responsables de la Cellule2 du PSIB :

- Renforcer la capacité de gestion du projet par la mise en place d'un système de comptabilité analytique.
- Analyser et estimer les coûts des services, préparer les budgets et gérer les fonds qui leur sont alloués par le niveau central;
- Contrôler les dépenses en accord avec les pratiques comptables en vigueur.
- Prévoir dans le financement du projet, une dotation aux amortissements pour les investissements. Les investissements réalisés ne pourront être rentabilisés que si l'appui au fonctionnement et à la maintenance se poursuit suffisamment longtemps. Cela peut nécessiter de nombreuses années et impliquer un coût récurrent de maintenance et d'entretien.

- Initier de nouvelles sources de revenus pour le programme à partir de sources locales publiques ou privées. La prise en compte du contexte d'évolution du projet vers la dévolution des activités ou une réduction de l'aide extérieure nécessite une utilisation avec un rendement optimal, des ressources humaines et matérielles du projet.
- Déterminer le type de transport qui convient le mieux aux activités nécessitant les déplacements tels que les livraisons de fournitures aux sites de prestation de services ou les visites de supervision et gérer l'utilisation des véhicules de la façon la plus efficace.

III-2. À la CTB

L'apport de la CTB au financement du projet est importante et représente 54% du coût total du projet dont 47% sont consacrées aux charges de fonctionnement. En fonction des ressources disponibles, la CTB pourrait développer son appui:

- En décentralisant plus de ressources au niveau des districts d'une part pour la gestion des ressources humaines et matérielles ;
- Exiger des tableaux de bords reprenant les résultats, activités et dépenses mensuelles pour éviter les gaspillages de ressources ;
- Etablir des directives pour l'achat de véhicules et l'entretien et le remplacement des équipements selon les besoins;
- Comprendre l'importance de la supervision et affecter les ressources appropriées aux activités de supervision et d'IEC/Mobilisation sociale. La mise en oeuvre de programme de formation continue et l'intégrer aux activités de supervision formatrice serait pertinent pour l'atteinte des objectifs du projet ;
- Engager un économiste de la santé (court terme) pour étudier les coûts de production des soins et les coûts récurrents au niveaux des districts sanitaires de la région. La connaissance des coûts peut aider à promouvoir l'efficacité et la pertinence des actions de renforcement de capacités gestionnaires des ECD ;
- Encourager les districts de santé à mobiliser et gérer les autres ressources qu'ils peuvent obtenir à leur niveau dans l'optique d'une dévolution des activités du projet.

III-3. A l'Etat de Côte d'Ivoire

L'analyse des coûts peut servir de guide aux décideurs quand ils considèrent la question de pérennisation des programmes comme essentielle dans l'amélioration des soins de la population.

Pour l'État, son appui devra être maintenu à un niveau suffisant pour pérenniser les acquis du projet. Il s'agira de :

- Etablir des systèmes permettant d'affecter des fonds au niveau local de façon équitable et à temps;
- Etablir des procédures permettant aux responsables locaux d'avoir accès aux crédits provenant des niveaux central, local et du secteur privé pour couvrir leurs coûts d'investissement et de fonctionnement;
- Mobiliser des ressources supplémentaires des bailleurs de fonds bilatéraux et multilatéraux pour appuyer les initiatives locales.

III-3. Au Ministère de la Santé Publique

En plus des mesures à mener au niveau des districts sanitaires, avec l'appui du projet, le MSP devrait:

- Faire une analyse des coûts des programmes ou projet de santé. Cela répond à un souci d'apprécier la mesure dans laquelle les programmes utilisent aux mieux les ressources disponibles en orientant les ressources dans le but des objectifs de santé ;
- Faire des projections à long terme des besoins financiers et déterminer comment la performance des programmes influencera les dépenses futures dans d'autres secteurs de développement tels que l'éducation, le logement, le développement urbain et l'agriculture ;
- Prévoir des dotations budgétaires en crédits de fonctionnement, évaluée pour la prise en charge des charges récurrentes et notamment de la totalité des charges fixes de fonctionnement. Les recettes sur recouvrement des coûts étant réservées en priorité au renouvellement des médicaments et consommables nécessaires aux soins des populations ;
- Organiser et coordonner les programmes de formation pour les superviseurs;
- Evaluer les besoins en formation et développer des plans réalistes pour former le personnel.

CONCLUSION

La présente étude sur l'analyse des coûts dans l'optique de la reproduction et de la dévolution des activités de la cellule² du projet santé ivoiro-belge a permis d'obtenir des informations sur la gestion financière et la planification stratégique du projet. Ces informations sont indispensables pour disposer de données objectives pour définir des normes et estimer leur comptabilité avec les ressources nationales.

En effet, les ressources étant rares, il est d'une nécessité d'apprécier la pertinence des interventions en terme d'efficacité sur la base d'une analyse des coûts afin d'en assurer la pérennité financière des acquis. Ce travail a mis en évidence les coûts de production d'un projet et les conditions de reproduction des activités dans un autre contexte.

Cet autre contexte fait référence à des possibilités du transfert de responsabilités des bailleurs aux entités locales à savoir la Région et les districts sanitaires. Ces derniers, centre d'intérêt de l'appui des bailleurs de fonds et autres donateurs, constituent le cadre opérationnel pour la mise en œuvre au niveau local de la politique des soins de santé primaires. Or, l'analyse des axes d'évaluation (pertinence, efficacité, cohérence) a permis de dégager les éléments de coûts du projet.

Ainsi, l'étude montre que les coûts de fonctionnement sont plus importants que les coûts d'investissements. En outre, l'analyse des composantes de coûts révèle que parmi les apports du projet, la rémunération du personnel et la formation du personnel constitue les charges les plus significatives. Mais, en plus de cela, l'analyse du financement identifie deux sources et la part de leurs différentes contributions au projet. Ces contributions portent à la fois sur des ressources humaines, matérielles et financières. Toutefois, l'étude souligne que les ressources humaines et matérielles ne sont pas toujours utilisées avec un rendement optimal, car elles se réfèrent d'avantage à des normes ou à des fonctions plutôt qu'au volume des activités et des ressources à gérer. C'est pourquoi, les coûts de reproduction du projet dépendent de la prise en compte de l'ensemble des ressources directes, indirectes, financières. La méthode de coûts complets répond à cette exigence.

En définitive, il s'agira pour les différents acteurs du domaine de la santé, qui sont chaque jour confrontés dans leur tâche à des décisions de gestion, d'améliorer le fonctionnement des services et d'assurer l'utilisation optimale des ressources limitées. Ces informations serviront directement d'améliorer la prise de décisions et de garantir la viabilité financière de leur organisation. C'est tout le sens de l'intérêt de la démarche de notre étude et de la fonction d'économiste de la santé.

BIBLIOGRAPHIE

♣ Mémoires

1. BEHIBRO KWASSY ROSTAND, Analyse des coûts et reproductibilité d'un projet : cas du projet sida2, Mémoire de fin de cycle DSES, Cesag Dakar, mai 2002, p252
2. MALICKY RAIMA, Analyse des coûts pour la Pérennisation d'un projet d'appui sénégal-belge de lutte contre les ISTSIDA, Mémoire de fin de cycle DSGS, Cesag Dakar, octobre 2001,
3. SAVADOGO EUGENE, Analyse des coûts de la mise en œuvre de la stratégie de prise en charges des MST classiques par l'approche syndromique dans le district sanitaire de Kongoussi (Burkina Faso), Mémoire de fin de cycle du DSGS, Cesag Dakar, octobre 2001.
4. DJAHA KOUASSI, Coût hospitalier du traitement classiques des affections opportunistes liées au VIH/ SIDA, Mémoire de fin de cycle du DSES, Cesag Dakar, mai 2001.
5. CONSTANTIN GOUSSI, Analyse des coûts des prestations de laboratoire par la méthode ABC: cas du laboratoire de l'association sénégalaise pour le bien être familiale (ASBEF), Mémoire de fin de cycle du DSGS, Cesag Dakar, mai 2001, p125

♣ Documents Consultés

6. M. de MAEDG et M. FEVTER, Mission de formulation des termes de référence de l'instruction du projet Belgo-Ivoirien de prise en charge globale de la région sanitaire Centre-Est; décembre 1993
7. Document Technique et Financier "Appui global à la Région Sanitaire Centre-Est Abengourou, bureau CHEMA, 1995
8. Rapport Final " Appui global à la Région Sanitaire du Moyen- Comoé (CE2), du 16 mai 1997 au 31mai 2001.
9. Document de gestion administrative et financière, Direction Régionale de la Santé, septembre 1999.
10. Rapports d'Activités de la cellule 1, Abidjan, 1998

11. Rapport d'Activités de la cellule2, Abengourou, 1998
12. Document de la convention spécifique entre le Royaume de Belgique et la RCI, relatif à la prestation de coopération "Appui global à la Région sanitaire du Moyen-Comoé"
13. Document du comité de pilotage, CE2, septembre 1999.
14. Recensement général de la population et de l'habitat 1998 (RGPH 98), Institut National de la Statistique (INS)

♣ **Ouvrages Méthodologiques**

15. CONTANDROUPOULOS A-P, Savoir préparer une recherche, la définir, la structurer, la financer, presses universitaires de Montréal 1990.
16. DRUMMOND M, O'BRIEN, STODDART G. et all, Méthodes d'évaluation économiques des programmes de santé, Paris, 1998 Economica, p317
17. CREESE ANDREW, PARKER, Analyse des coûts des programmes de soins de santé primaires, OMS, Genève, 1995, p155
18. REYNOLDS J. et GASPARI K.C, Cost Effectiveness Analysis, Chevy Chase, MD, Center for Human Services (Pricor monograph series N°2 1985) p43

♣ **Rapports, revues et périodiques, études réalisées**

19. Etude du comité mixte UNICEF/OMS des directives sanitaires, prise de décision à l'échelon national pour les soins de santé primaires, OMS, Genève, 1985, p76
20. ONUSIDA, Directives d'évaluation des coûts des stratégies de prévention du VIH, collection meilleures pratiques de l'ONUSIDA, Suisse, Genève, mars 2001
21. Rapport final "Mission d'évaluation externe à mi-parcours du projet santé ivoiro-belge", mai 2001, pp107
22. Rapport initiative spéciale N°18, étude de cas sur les coûts et le financement de la vaccination au Maroc, Bethesda, MD, PHR, 1996
23. Evaluation à mi-parcours, projet d'appui aux services de santé (Cameroun), UE, mars 1997
24. BRAMBILA CARLOS et al "Etude sur les coûts et durabilité d'un programme de planification familiale au Guatemala", projet ROAT, 1997, Ministère de la santé Guatemala city, Pop Council, USAID

♣ **Ouvrages et documents scientifiques**

25. Paul R. SHAW, CHARLES C. GRIFFIN, le financement des soins de santé en Afrique subsaharienne par la tarification des services et l'assurances, Banque Mondiale, Washington, mars 1995, p112.
26. MOUSSA YAZI, codex du module " Analyse des coûts et productivité", DSES, CESAG, 2002.
27. FARBA SALL, codex du module "Economie de la santé", DSES, 2001, pp3-7

ANNEXES

ANNEXE 1 : Rapport du bilan financier de la Cellule2 du PSIB

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

REPUBLIQUE DE

PROJET SANTE BELGE

COTE D'IVOIRE

CELLULE D'EXECUTION DES PROGRAMMES SANITAIRES

SITUATION FINANCIERE DU 21/05/97 AU 31/12/98

Désignation	Dotations	Dépenses antérieures	Dépenses du mois	Taux Dm/Dot	Dépenses Totales	Disponible
I Dépense de fonctionnement						
I-A Personnel						
I-A-1 Salaires et indemnités	18.700.000	13.624.165	850.000	4,55%	14.474.165	4.225.835
I-A-2 Frais de mission& Carb	39.500.000	21.304.804	3.660.900	9,26%	24.965.704	14.534.296
Total dépenses de personnel	58.200.000	34.928.969	4.510.000	7,75%	39.439.869	18.760.131
I-B- Frais de fonctionnement						
I-B-1 entretien locaux-Mat-Mob	10.900.000	8.006.776	0	0	8.006.776	2.893.224
I-B-2 Dépenses de véhicules	13.800.000	9.795.294	0	0	9.795.294	4.004.706
I-B-3 Abonnements	2.520.000	146.400	0	0	146.400	2.373.600
I-B-4 Mat & four bureau & info	19.300.000	13.266.678	0	0	13.266.678	6.033.322
I-B-5 Contrat	2.160.000	1.440.000	0	8,33%	1.260.000	540.000
I-B-6 Formation	4.160.000	0	180.000	0	0	4.160.000
Total Frais de fonctionnement	52.840.000	32.655.148	180.000	0,34%	32.835.148	20.004.852
Total de fonctionnement	111040000	67.584.117	4.690.900	4,22%	72.275.017	38.764.983
I- Exécution du Projet						
I-C Autres Activités	32.000.000		82.337	0,25%	7.770.605	24.229.395
Total dépenses d'Exécution	32.000.000	7.688.268				
TOTAL	143.040.000	75.272.385	4.773.237	3,33%	80.045.622	62.994.378

ANNEXE 2 : Présentation des structures sanitaires rurales et urbaines de la Région sanitaire du Moyen-Comoé

STRUCTURES SANITAIRES URBAINES

1- District de Santé d'Abengourou			
Numéro	localité	Type de structure	Nombre
1	CHR Abengourou	Hôpital	1
2	Dispensaire Dioulakro	Dispensaire urbain	1
3	Dispensaire Abengourou	Dispensaire urbain	1
4	PMI	Structure urbaine	1
5	SSSU	Structure urbaine	1
6	CAT	Structure urbaine spécialisée	1
7	Maternité de Cafétou	Structure urbaine	1
8	INHP	Structure urbaine	1
Sous-total 1			8
2- District de Santé d'Agnibilékrou			
9	Hôpital Général d'Agnibilékrou	Hôpital Général	1
10	PMI	Structure urbaine	1
11	Centre de Santé Urbain Palazzolo	Centre de Santé Confessionnel	1
Sous-total 2			3
Total (1+2)			11

STRUCTURES SANITAIRES RURALES

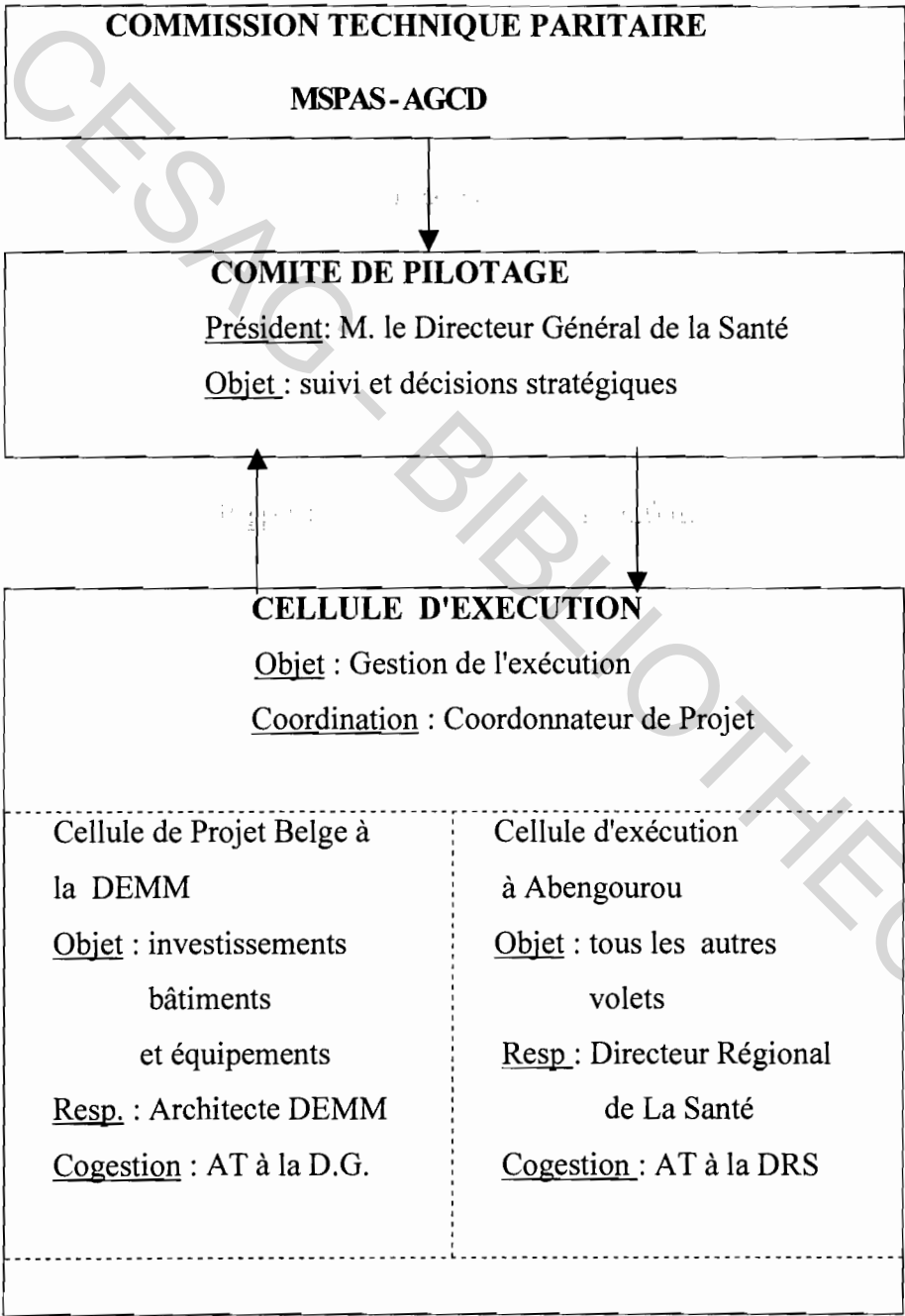
1- District de Santé d'Abengourou			
Numéro	localité	Type de structure	Nombre
1	AMELEKIA	Centre de santé rural	1
2	AMIANKOUASSIKRO	Centre de santé rural	1
3	ANASSUE	Centre de santé rural	1
4	APPOISSO	Centre de santé rural	1
5	APPROMPRONOU	Centre de santé rural	1

Analyse des coûts d'un projet dans l'optique de la reproductibilité et dans le cadre de la dévolution des activités : Cas du Projet Santé Ivoir-Belge dans la Région du Moyen-Comoé en Côte d'Ivoire

6	EBILASSOKRO	Centre de santé rural	1
7	EHUASSO	Centre de santé rural	1
8	SANKADIOKRO	Centre de santé rural	1
9	SATIKRAN	Centre de santé rural	1
10	TAHAKRO	Centre de santé rural	1
11	YAKASSE	Centre de santé rural	1
12	ZARANOU	Centre de santé rural	1
13	ABRONAMOUE	Dispensaire rural	1
14	ATTIEKRO	Dispensaire rural	1
15	BEBOU	Dispensaire rural	1
16	BLEKOUM	Dispensaire rural	1
17	KOUASSI-BENIEKRO	Dispensaire rural	1
18	BETTIE	Centre de santé urbain	1
19	ABRADINOU	Dispensaire rural	1
20	DIAMARAKRO	Centre de santé rural	1
21	APPROMPRON	Dispensaire rural	1
22	NIABLE	Centre de santé urbain	1
23	AFFALIKRO	Centre de santé rural	1
24	DJANGOBO	Dispensaire rural	1
Sous-total 1			24
2- District de Santé d'Agnibilékrou			
25	AKOBOISSUE	Centre de santé rural	1
26	AMORIAKRO	Centre de santé rural	1
27	BANGOUA	Centre de santé rural	1
28	DAME	Centre de santé rural	1
29	MANZANOUE	Centre de santé rural	1
30	TANGUELAN	Centre de santé rural	1
31	DUFFREBO	Dispensaire rural	1
32	KONGODIA	Dispensaire rural	1
33	YOBOUAKRO	Dispensaire rural	1
Sous-total 2			9
Total (1+2)			33
TOTAL			44

ANNEXE 3 : Structures managériales du Projet Santé Ivoir-Belge

STRUCTURE MANAGERIALE DU PROJET SANTE BELGE



Source : Rapport final de la Mission d'instruction du Programme d'Appui au secteur de la Santé Publique et des Affaires Sociales. Région Sanitaire du Centre-Est; Mars 1995, Coopération Ivoir-Belge

ANNEXE 4 : Répartition des charges de personnel de la Cellule2 du PSIB

Ressources humaines	Montant	IEC/Mobilisation sociale	Supervision	Administration	Formation	Total
Chef de projet	1 500 000	0	500 000	500 000	500 000	1 500 000
AT/CE2	22 508 720	0	0	11 254 360	11 254 360	22 508 720
Secrétaire	1 800 000	0	0	1 800 000	0	1 800 000
Coursier	900 000	0	0	900 000	0	900 000
Chauffeur	1 200 000	0	600 000	600 000	0	1 200 000
Comptable	900 000	0	450 000	450 000	0	900 000
Sage F	600 000	200 000	200 000	0	200 000	600 000
SSF	600 000	200 000	200 000	0	200 000	600 000
MSP	900 000	300 000	300 000	0	300 000	900 000
DD1	900 000	225 000	225 000	225 000	225 000	900 000
DD2	900 000	225 000	225 000	225 000	225 000	900 000
Total	32 708 720	1 150 000	2 700 000	15 954 360	12 904 360	32 708 720
Répartition		4%	8%	49%	39%	100%

ANNEXE 5 : Répartition des apports selon l'origine du financement Cellule2 du PSIB

APPORTS	CTB		ETAT		TOTAL	
	coût	%	coût	%	coût	%
Amortissements						
Véhicules automobiles	3156048	2%	4392000		7548048	5%
Ordinateurs	1167872	1%			1167872	1%
Matériel bureautique	1454100	1%			1454100	1%
Matériel de bureau	98352	0%	663773		763000	1%
Mobilier de bureau			105400		105400	0%
Bâtiment			762000		762000	1%
Sous Total Amortissements	5876372	4%	5923173		11800420	9%
Investissements						
Formation	2768000	2%			2768000	2%
Sous Total Investissements	2768000	2%			2768000	2%
Fonctionnement						
Personnel	22508720		10200000		32708720	24%
Fournitures	1369636		22564605		23956341	17%
Frais Généraux	2613314		9340174		10887159	8%
Véhicules	8898668		21861547		31053918	23%
Formation	13094910		5604304		18699214	14%
IEC/Mobilisation sociale	3004336		1308446		4312782	3%
Supervision	902927		465447		1368374	1%
Sous Total Fonctionnement	52392511		71344523		122986508	89%
TOTAL GENERAL	61036883		77267696		137554928	100%

ANNEXE 6 : Tableau de répartition des charges indirectes de la Cellule2 du PSIB

Charges par nature	Montant				
		IEC/Mobilisation sociale	Supervision	Administration	Formation
Charges de personnels					
Salaires et indemnités	32 708 720	1 150 000	2 700 000	15 954 360	12 904 360
Fournitures					
Petit matériels, fournitures de bureau	8 681 518	2 170 380	2 170 380	2 170 380	2 170 380
Carburant véhicules	14 692 283	8 668 447	1 909 997	4 113 839	0
Fournitures médicales	582 540			582 540	
Entretien & maintenance					
Entretien des locaux	3 093 160	773 290	773 290	773 290	773 290
Mobilier et matériel sauf informatique	1 307 415	326 854	326 854	326 854	326 854
Entretien et réparation véhicules	25 885 123	15 272 223	3 365 066	7 247 834	0
Prestations de services					
frais de gardiennage	1 895 000	473 750	473 750	473 750	473 750
Assurances					
assurances des véhicules	5 168 795	3 049 589	671 943	1 447 263	0
Dépenses de communication					
Téléphone	349 050	87 263	87 263	87 263	87 263
autres frais correspondances	32 590			32 590	
Loyers & charges locatives	20 000			20 000	
Frais de missions	3 637 944	145 518	291 036	1 782 593	1 418 798
Autres achats de biens & services					
Impôts, taxes et versements assimilés	124 100			124 100	
Réception, fêtes et cérémonies	376 375			376 375	
Frais bancaires	32 775			32 775	
frais financiers	18 750			18 750	
Dotations aux amortissements					

Analyse des coûts d'un projet dans l'optique de la reproductibilité et dans le cadre de la dévolution des activités : Cas du Projet Santé Ivoir-Belge dans la Région du Moyen-Comoé en Côte d'Ivoire

Véhicules auto	7 548 048		3 245 661	4 302 387	
Matériel informatique	1 167 872	291 968	291 968	291 968	291 968
Matériel de bureautique	1 454 100	363 525	363 525	363 525	363 525
Matériel de bureau	763 000	190 750	190 750	190 750	190 750
Mobilier de bureau	105 400	26 350	26 350	26 350	26 350
Bâtiment	762 000	114 300	228 600	228 600	190 500
Total répartition primaire	110 406 558	33 104 205	17 116 431	40 968 135	19 217 787
Répartition secondaire	40968135	10 781 088	15 093 523	-40 968 135	15 093 523
Totaux après répartition secondaire		43 885 293	32 209 954	0	34 311 310

ANNEXE 7 : Classification des charges directes et indirectes entre les fonctions
de la Cellule2 du PSIB

**CLASSIFICATION DES CHARGES DIRECTES ET INDIRECTES DU PROJET
ENTRE LES FONCTIONS AUXILIAIRES ET LES FONCTIONS PRINCIPALES**

FONCTIONS	CHARGES DIRECTES	CHARGES INDIRECTES
<u>Centre auxiliaire1</u> IEC/Mobilisation sociale : séances d'IEC (stratégies avancées) installation des clubs santé activités de sensibilisation	<u>1.1. séances d'IEC dans les villages autour des CS</u> perdiem sensibilisateurs =274.000 frais carburant (moto) = 32.450 <u>1.2. séances d'IEC dans les écoles, PMI</u> perdiem sages-femmes =274.000 frais carburant (moto) = 32.450 <u>1.3.séances d'IEC dans les marchés</u> perdiem animatrices(2) =36.000 perdiem chauffeur(1) =18.000 frais carburant (véhicule) =792.000 <u>1.4.séances d'IEC dans les villages autour des cantons</u> perdiem leaders=150.000 perdiem sensibilisateurs=150.000 frais carburant(moto) =17.766 <u>1.5.séances d'IEC en stratégies avancées de vaccination dans les villages</u> vaccinateur(1) =410.000 aides vaccinateurs(2) =410.000 frais carburant(moto) =868.560	Exploitation et entretien du véhicule et des motos

Centre auxiliaires Supervision Administration : Planification, coordination, supervision, Suivi et évaluation, Gestion du matériels et équipements Appui au fonctionnement	<u>supervision</u> Salaire annuel Secrétaire =1.800.000 Salaire annuel Coursier = 900.000 Frais de transport et mission =4.289.994 Loyers et charges locatives=20.000 Courrier et autres frais corresp.=32.590 Fournitures médicales=582.540 Autres achats de fournitures=120.130 Frais bancaires =32.775 Frais financiers=18.750 Autres achats biens et services=500.475 Prestations de services=1.895.000	Indemnité annuelle : Chef de projet =1.500.000 DD1 = 900.000 DD2 = 900.000 Médecin de SP = 900.000 Infirmier des SSP = 600.000 Sage-femme PF = 600.000 Comptable = 900.000 AT/CE2 = 22.508.720 Fournitures bureau = 8.561.388 Frais de téléphone = 436.309 Entretien véhicules =12.833.503 Carburants véhicules=15.168.808 Entretien des locaux =3.781.350 Entretien mob-mat infor =417.422 Entretien mob & mat =1.598.295 Assurances véhicules=5.168.795
Centre principal Formations : -formation PMA du personnel de santé (IDE et SF) -formation PF du personnel de santé (IDE, Méd. et SF) -formation sur l'accueil du personnel de santé (IDE et SF) -formation sur le partogramme (PF) du personnel de santé (IDE et SF) -formation sur l'hygiène du personnel de santé (IDE et SF) -formation des formateurs MST/SIDA -bourse de formation au personnel de santé -autres frais de formation	<u>-formation PMA du personnel de santé</u> 2 formateurs =725.199 perdiem participants (48) = 3.223.106 frais de logement participants =3.223.106 préparation séminaire =886.354 location salle =154.000 <u>-formation PF du personnel de santé</u> 2 formateurs = 736.821 perdiem participants (18) = 1.289.437 frais de logement participants =1.289.437 préparation séminaire =368.411 <u>-formation sur le partogramme (PF) du personnel de santé</u> 1 formateur = 31.515 perdiem participants (40) = 110.303 frais de logement participants =110.303 préparation séminaire =273.130 <u>-formation sur l'accueil du personnel de santé</u> 2 formateurs = 284561 perdiem participants (13) = 315.050 frais de logement participants =315.050 préparation séminaire =101.629 <u>-formation sur l'hygiène du personnel de santé</u> 2 formateurs = 685.596 perdiem participants (46) = 1.300.268 préparation séminaire =378.260 <u>-formation des formateurs MST/SIDA</u> 2 formateurs = 392.166 perdiem participants (15) = 588.249 préparation séminaire =173.014 <u>-bourse de formation</u> frais de stage du DD AGN = 2.768.000 <u>-autres frais de formation</u> -autres frais de formation =1.281.250	

ANNEXE 8 : Nomenclature budgétaire du Ministère de l'Economie et des Finances

TABLEAU DE REPARTITION DES DEPENSES EN NATURE SELON LA NOMENCLATURE BUDGETAIRE DU MINISTERE DE L'ECONOMIE ET DES FINANCES REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE

Réf.	POSTES
	ACTIVITE D'EXPLOITATION
61	<u>Charges de personnel</u> • Salaires et indemnités du personnel • Frais de formation du personnel
621	<u>Fournitures</u> • Achat de petits matériels, fournitures de bureau et documentation • Achat de carburants véhicules • Fournitures et consommables informatiques • Achat de produits médicaux et pharmaceutiques • Autres achats de fournitures
622	<u>Entretien et maintenance</u> • Entretien des locaux (fournitures d'entretien) • Entretien des mobiliers et matériels informatiques • Entretien des mobiliers et matériels (sauf informatiques) • Entretien des véhicules
623	<u>Prestations de service</u> • Rémunérations de prestations extérieures • Services extérieurs de gardiennage
624	<u>Assurances de véhicules</u> • Assurances des véhicules autos
626	<u>Dépenses de communication</u> • Frais de téléphone • Courrier et autres frais de correspondances
627	<u>Loyers et charges locatives</u> • Locations et charges locatives des locaux
628	<u>Frais de mission</u> • Indemnités de mission
629	<u>Autres achats de biens et services</u> • Impôts, taxes et versements assimilés • Réceptions, fêtes et cérémonies • Autres achats de biens et services
	<u>Dotations aux amortissements</u>
	ACTIVITE FINANCIERE
	<u>Charges financières</u> • Frais financiers • Frais bancaires