



**CENTRE AFRICAIN D'ETUDES SUPERIEURES EN
GESTION**

INSTITUT SUPERIEUR DE SANTE

**MEMOIRE EN VUE DE L'OBTENTION
DU DIPLOME SUPERIEUR D'ECONOMIE DE LA SANTE
(3^e PROMOTION)**

THEME



**LA CONTRACTUALISATION, UNE STRATEGIE
POUR AMELIORER L'EFFICIENCE DES
ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE:
*LE CAS DES FSU COM D'ABOBO AVOCATIER ET TOIT ROUGE
(ABIDJAN / COTE D'IVOIRE)***

PRESENTE ET SOUTENU PAR :

MOUROUFIE YAO KOKO BERNARD

SOUS LA DIRECTION DE:

DR. MO MENA

Conseiller Régional OMS
Directeur de l'ISS du CESAG



DR. HERVE LAFARGE

Maître de Conférence à
l'Université Paris Dauphine
Professeur associé au CESAG

MAI 2002

M0022DSES02

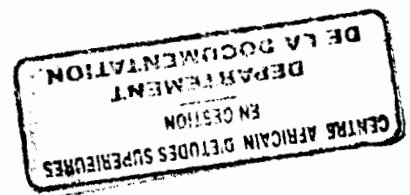
2



MEMOIRE

Pour l'obtention du Diplôme Supérieur d'Economie de la Santé (DSES)

THEME:



**LA CONTRACTUALISATION, UNE STRATEGIE POUR
AMELIORER L'EFFICIENCE DES ETABLISSEMENTS
PUBLICS DE SANTE :LE CAS DES FSU COM D'ABOBO
AVOCATIER ET TOIT ROUGE (ABIDJAN / COTE D'IVOIRE)**

TABLE DES MATIERES :		Pages
Dédicaces		i
Remerciements		ii
Liste Abréviations		iii
Liste des tableaux		iii
Liste Graphiques		iv
Introduction		1
Partie I	Le cadre théorique de l'étude	3
Chapitre I:	Présentation du problème de recherche, objectifs et définitions	3
Section I:	Présentation du problème de recherche	3
Paragraphe 1:	Formulation du problème de recherche	3
Paragraphe 2:	Justification du problème de recherche	4
Section II:	Définitions des objectifs et importance de l'étude	5
Paragraphe 1:	Objectifs de l'étude	5
Paragraphe 2:	Importance et limites de l'étude	6
Paragraphe 3:	Définitions des concepts : Efficience et contractualisation	7
Chapitre II:	Contrat de concession de service public et les conventions de l'étude	9
Section I:	La Concession de service public	9
Paragraphe 1	Définition	9
Paragraphe 2	Quelques principes incitatifs à l'efficience	9
Section II	Analyse des conventions des formations étudiées	12
Paragraphe 1	Force des conventions	12
Paragraphe 2	Des mesure incitatives à l'efficience	14
Chapitre III:	Etat des connaissances et Cadre conceptuel	18
Section I:	Etat des connaissances	18
Paragraphe 1:	Revue de littérature des évaluations des services contractuels de quelques pays	18
Paragraphe 2	Critères d'évaluation des services contractuels	20
Section II:	Cadre conceptuel et hypothèses de recherche	20
Paragraphe 1:	Cadre conceptuel	20
Paragraphe 2	Hypothèses de recherche	23
Partie II:	Cadre opérationnel de l'étude	24
Chapitre I:	Stratégie de recherche et contexte de l'étude	24
Section I:	Stratégie de recherche	24
Section II:	Contexte de l'étude	25
Chapitre II:	Méthodologie	28
Section I:	Définition des indicateurs	28
Section II:	Date, collecte des données et variables à l'étude	32
Section III:	Limites de l'étude, quelques considérations éthiques et analyse des données	35
Partie III:	Présentation des résultats et discussion	37
Chapitre I:	Présentation des résultats	37
Section I :	Résultats relatifs à l'efficience productive	37
I-A :	Répartition des dépenses totales entre salaires et autres dépenses de fonctionnement	37
I- B	Productivité du personnel	42
I- C	Adéquation entre personnel et charge de travail	53

Section II :	Résultats relatifs à l'efficience allocative	55
II- A :	La disponibilité des médicaments	55
II- B :	Les activités réalisées	61
Chapitre II:	Discussion	66
Section I :	Limites méthodologiques	66
Paragraphe I :	Choix de l'échantillon	66
Paragraphe II :	Résultats	66
Section II :	Discussion liée aux hypothèses	67
Hypothèse 1	Répartition des dépenses de fonctionnement	67
Hypothèse 2	Productivité du personnel	70
Hypothèse 3	Adéquation entre personnel et charge de travail	73
Hypothèse 4	Disponibilité des médicaments	74
Hypothèse 5	Activités réalisées	77
Recommandations		80
Conclusion		81
Bibliographie		82
Annexes		84

CESAG - BIBLIOTHEQUE

DEDICACES:

Ce mémoire est dédié:

A DIEU, le Père, le Fils et le Saint Esprit;

A la mémoire de mon père, feu Koffi Mouroufié qui aurait dû trouver ici, une récompense de tous les efforts consentis pour nous mais hélas...!

A ma mère, Affia Tchoua que Dieu prolonge ta vie pour que tu puisses bénéficier des fruits de tes entrailles;

A mon frère aîné, Koffi Yao Koko Paul qui a su remplacer notre regretté père, que DIEU affermisser davantage ta sagesse et te bénisse à jamais;

A mon fils, Koffi Kouamé Koko Jean Noël que Dieu m'aide à te faire plus grand que moi.

REMERCIEMENTS:

Nous remercions de tout cœur:

L'Etat de côte d'Ivoire qui a bien voulu financer notre formation;

Colonel Gléhy Marcel, Chef d'Etat Major particulier du Président de la République pour votre soutien;

Dr. Mo Mena, Conseiller régional OMS, Directeur de l'Institut Supérieur de Santé (ISS), notre encadreur qui malgré ses nombreuses occupations a bien voulu nous faire bénéficier de son expérience et de ses conseils;

Dr. Hervé Lafarge, Professeur associé au CESAG et Professeur à l'Université Paris Dauphine, notre co-encadreur qui au delà de sa qualité d'enseignant, nous a témoigné de sa haute dimension de formateur;

Madame Laurence Codjia, Directrice adjointe de l'ISS et Directrice du Département de Gestion des Services de Santé pour ses conseils et l'intérêt qu'elle a accordé à notre sujet;

Dr. Koffi Amani, Economiste de la Santé et Professeur permanent au CESAG pour vos conseils et votre suivi régulier;

Dr. Chris Atim, Economiste de la santé, Conseiller Régional PHR, pour vos conseils;

Dr. Moustapha Sakho, OMS pour vos conseils;

Dr. Farba Lamine Sall, PHR pour votre dynamisme et vos conseils;

Dr. Seydou Coulibaly, Economiste de la Santé, Enseignant permanent au CESAG pour vos conseils ;

Mesdames Gueye et Mbengue pour votre sympathie,

La Direction Régionale des Lagunes¹ en particulier Dr.Zahui Honoré, Directeur Régional des lagunes 1, Dr. Ehouman, Responsable des affaires sanitaires, Dr. Marquis, Mmes Ortiz Christine, Hortense Dogaud, Kébé sans qui la collecte des données n'aurait pas eu lieu;

Les responsables et prestataires des formations visitées pour leur accueil;

Ma belle sœur Taki Yaha Cécile pour ton soutien inestimable;

Mon oncle Yao Bernard pour ton soutien;

Akua Tékuà Georgette, Koko Koffi Mouroufié Nicolas et Bédiakon Marie Solange, vous qui n'avez cessé de nous témoigner d'un sincère amour;

Tous les stagiaires du CESAG en particulier ceux de l'ISS ;

Tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à notre formation et à la réalisation de ce travail.

Liste des Abréviations :

al. :	Alinéa
ANEHCI :	Agence de Nettoyage et d'Entretien des Hôpitaux de Côte d'Ivoire
art. :	Article
CPN :	Consultation Périnatale
FSU COM :	Formation Sanitaire Urbaine à Base Communautaire
Gynéco :	Gynécologique
MSP :	Ministère de la Santé Publique
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
PSA :	Projet Santé Abidjan

LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES

Liste des tableaux :

I-A-1	Tableaux comparatifs de répartition des dépenses entre salaires et les autres dépenses de fonctionnement de Toit rouge X1 et d'Attie Y1 en 1999 et 2000	37
I-A-3	Tableaux comparatifs de répartition des dépenses entre salaires et les autres dépenses de fonctionnement d'Abobo X2 et de Marcory Y2 en 1999 et 2000	40
I-A-5	Tableau récapitulatif en pourcentage des dépenses totales entre salaires et les autres dépenses de fonctionnement	42
I-B-1-1	Tableau comparatif de la productivité au niveau des consultations médicales	43
I-B-1-3	Tableau comparatif de la productivité au niveau des consultations gynécologiques	44
I-B-1-5	Tableau comparatif de la productivité au niveau des CPN	45
I-B-1-7	Tableau comparatif de la productivité au niveau des accouchements	46
I-B-1-9	Tableau comparatif de la productivité au niveau des vaccinations et pesées	48
I-B-1-10	Tableau comparatif de la productivité au niveau des soins infirmiers	49
I-B-1-13	Tableau récapitulatif de la productivité en termes d'activités réalisées par prestataire par an	50
I-B-2-1	Tableau comparatif du taux du temps d'utilisation des prestataires de X1 et Y1	51
I-B-2-2	Tableau comparatif du taux du temps d'utilisation des prestataires de X2 et Y2	52
I-B-2-3	Tableau récapitulatif du taux du temps d'utilisation des prestataires	53
I-C-2	Tableau récapitulatif de l'écart effectif théorique et effectif réel	55
II-A-1	Tableaux comparatifs des pourcentages des médicaments entre salaires et « Autres » de X1 et Y1	56

II-A-3	Tableaux comparatifs des pourcentages des médicaments entre salaires et « Autres » de X2 et Y2	59
II-A-5	Tableau récapitulatif de répartition en pourcentage des dépenses de médicaments entre salaires et « Autres »	61
II-B-1	Tableaux comparatifs des volumes et pourcentages des principales activités de X1 et Y1	62
II-B-2	Tableaux comparatifs des volumes et pourcentages des principales activités de X2 et Y2	64
II-B-3	Tableau récapitulatif des pourcentages des principales activités	65

Liste des graphiques :

I-A-2	Graphiques comparatifs de répartition des dépenses entre salaires et les autres dépenses de fonctionnement de X1 et Y1	39
I-A-4	Graphiques comparatifs de répartition des dépenses entre salaires et les autres dépenses de fonctionnement de X2 et Y2	41
I-B-1-2	Graphique comparatif de la productivité au niveau des consultations médicales	43
I-B-1-4	Graphique comparatif de la productivité au niveau des consultations gynécologiques	45
I-B-6	Graphique comparatif de la productivité au niveau des CPN	46
I-B-8	Graphique comparatif de la productivité au niveau des accouchements	47
I-B-10	Graphique comparatif de la productivité au niveau des vaccinations et pesées	48
I-B-12	Graphique comparatif de la productivité au niveau des soins infirmiers	49
II-A-2	Graphiques comparatifs des dépenses des médicaments entre les dépenses de salaire et « Autres » de X1 et Y1	58
II-A-4	Graphiques comparatifs des dépenses des médicaments entre les dépenses de salaire et « Autres » de X2 et Y2	60

Introduction:

L'efficacité du secteur public de santé est aujourd'hui l'une des préoccupations majeures des autorités sanitaires.

Dans plusieurs pays comme l'Angleterre¹, la contractualisation est devenue le mode d'organisation de production des soins de santé pour améliorer cette efficacité.

Cette technique est soutenue par l'OMS. Selon ses experts, les pays du monde entier tentent aujourd'hui d'instaurer des contrats à long terme associant les avantages d'une plus grande souplesse et de meilleures possibilités d'innovation au maintien d'un contrôle général des objectifs stratégiques et de la protection financière (OMS, 2000).

Pour Jean Perrot² ces contrats peuvent être regroupés en trois grandes catégories selon le type de relations.

-Relations contractuelles basées sur la coopération: après avoir identifié leurs forces, des partenaires décident de poursuivre un objectif commun. C'est le cas de l'approche par les conventions cadres, c'est aussi le cas de la participation communautaire aux problèmes de santé.

-Relations contractuelles basées sur un acte d'achat: une institution au lieu d'assurer elle-même une prestation décide d'acheter son exécution avec un partenaire. C'est le cas des systèmes d'assurance, des mutuelles, des agences publiques de financement etc...

-Relations contractuelles basées sur une délégation de responsabilité: Cette dernière catégorie renvoie au contrat de concession de service public : L'Etat, au

¹ Anne Mills et al., Improving the efficiency of district hospitals: is contracting an option?, Tropical Medicine and International Health, Volume 2 No. February 1997 P. 117

² Jean Perrot, Organisation des systèmes de santé: le partenariat basé sur des relations contractuelles, Draft /OMS/ HQ/EIP/HFS, juin 2001

lieu d'assurer ou de poursuivre lui-même la couverture sanitaire, cherche un acteur qui accepte de le faire à sa place.

Il peut d'abord s'agir des contrats liant l'Etat soit aux collectivités territoriales, soit aux institutions autonomes. Il peut ensuite concerner les contrats couvrant une zone géographique déterminée. Il peut enfin s'agir de contrats concernant des formations sanitaires déjà existantes.

Dans ce cas, soit une organisation privée gère une formation publique pour le compte de l'Etat, soit l'organisation privée, propriétaire de ses infrastructures et disposant de ses propres moyens, est associée à la réalisation de mission de service public de santé, c'est le contrat d'association au service public.

En Côte d'Ivoire, le Projet Santé Abidjan (PSA), fruit de la coopération franco-ivoirienne a créé des structures de santé dénommées Formations Sanitaires Urbaines à base communautaire (FSU COM). Elles sont gérées par des associations créées pour la circonstance. Ces associations ont passé une convention d'association au service public avec le Ministère de la Santé Publique (MSP) et des contrats de Droit privé de travail avec des professionnels de santé. Grâce à cette convention, ces FSU COM offrent des soins de santé au même titre que les formations classiques.

Cette stratégie améliore-t-elle l'efficacité de ces structures par rapport aux formations classiques?

Son évaluation s'avère nécessaire. Elle permettra de montrer les avantages de cette politique qui pourrait fonder les actions futures et amener les nouveaux acteurs à s'engager sur des bases solides.

Notre étude s'articule autour de trois parties: le cadre théorique (I), le cadre opérationnel (II), les résultats et discussion (III).

PARTIE I : Le cadre théorique de l'étude

Cette partie est relative à la présentation du problème de recherche (chapitre I), quelques généralités sur la concession de service public (chapitre II) et la revue de littérature (chapitre III).

Chapitre I : Présentation du problème, objectifs et définitions

Nous allons présenter le problème de recherche avant de donner les objectifs de l'étude et quelques définitions.

Section I : Présentation du problème de recherche

Paragraphe I : Formulation du problème de recherche

La crise économique mondiale des années 1980 et les restrictions budgétaires qui font partie des Programmes d'Ajustement Structurel (PAS) n'ont pas toujours permis de faire correspondre l'offre à la demande des soins de santé en Côte d'Ivoire. Cette demande ne cesse d'augmenter en partie à cause de l'augmentation de la population, d'une meilleure éducation et des actions de mobilisation sociale.

Malheureusement, le secteur public de santé est inefficace pour répondre à cette demande croissante. Cette inefficacité est souvent causée par deux principaux facteurs: l'emploi du personnel³ et les médicaments. le personnel absorbe souvent la quasi-totalité des dépenses de fonctionnement des services publics de santé alors que sa productivité est faible.

Cette faible productivité est soit le fait d'une sous utilisation du personnel souvent rare soit celui d'une mauvaise utilisation d'un personnel pléthorique.

Or, l'absorption des dépenses par le personnel agit sur le budget pour faire face aux ressources complémentaires dont les médicaments; ce qui pourrait créer une demande insatisfaite.

Face à cette situation, l'étude se propose d'examiner si la contractualisation peut être une réponse à ces paradoxes. La réponse à une telle préoccupation justifierait notre étude.

Paragraphe II : Justification du problème de recherche

La demande de soins dans le secteur public est en général mal satisfaite à cause d'une mauvaise utilisation de ses ressources.

Pour la Banque mondiale⁴, l'inefficacité du secteur public de santé a tellement été clairement et longuement critiquée qu'il est évident qu'elle ne sera surmontée que par un changement radical dans l'organisation des soins de santé en y introduisant la compétition.

Elle incitera à faire une meilleure utilisation des ressources et à s'orienter davantage vers les besoins des consommateurs. Ce qui permettrait alors de rendre efficace ce secteur et de susciter son efficacité.

La motivation sous-jacente de cette analyse se base en fait sur l'opinion suivante: la contractualisation a des implications importantes sur l'efficacité des établissements de soins en ce sens qu'elle les responsabilise davantage dans l'utilisation des ressources.

³ Anne Mills, Improving the efficiency of public sector Health Services in developing countries; Bureaucratic versus Market approaches in Marketing Education & Health in Developing Countries : miracle or mirage ? 1997 P. 248

⁴ Better health in Africa / Draft, Africa Technical Department, World Bank, Washington, DC, cité par Anne Mills in op cit

Cette responsabilisation va d'abord influencer sur la répartition des ressources entre les salaires et les autres dépenses courantes.

Ensuite, elle va susciter une utilisation plus optimale du personnel de santé.

Enfin, cette responsabilisation incitera à tenir davantage compte des besoins de la population.

C'est à ces objectifs que la contractualisation pourrait atteindre.

Section II : Définition des objectifs et importance de l'étude

Paragraphe I : Objectifs de l'étude

A : Objectif général

Montrer que les Formations Sanitaires Urbaines à Base Communautaire (FSU COM) présentent de meilleurs indicateurs d'efficacité que les formations publiques classiques

B : Objectifs spécifiques

- ❖ Montrer que les FSU COM font une meilleure répartition des ressources entre les salaires et les autres dépenses de fonctionnement
- ❖ Montrer que le personnel des FSU COM est plus utilisé que celui des formations classiques
- ❖ Montrer que les FSU COM allouent plus leurs ressources aux actions jugées les plus utiles pour la population

Ces différents objectifs justifient l'importance de l'étude malgré certaines limites.

Paragraphe II : Importance et limites de l'étude

A : Importance de l'étude

L'importance de cette étude se justifie par l'usage que divers acteurs peuvent en faire.

- Pour les gouvernants: Les conclusions de notre travail pourraient constituer une invitation à faire de la contractualisation, une politique nationale.
- Pour les partenaires: Notre travail explorera la nécessité à agir de concert avec le secteur privé : ONG, associations, mutuelles etc...dans le domaine de la santé pour contribuer à aider à l'amélioration de l'efficacité des formations sanitaires et par conséquent au renforcement des systèmes de santé.
- Pour la communauté : Ce document convie la communauté à prendre conscience de ses capacités à participer à l'effort de financement de sa santé.
- Pour le CESAG: Notre étude ouvre la voie à d'autres recherches pour approfondir et enrichir la connaissance sur la contractualisation notamment l'impact de ce concept sur la performance des systèmes de santé.
- Pour nous mêmes : Cette étude nous a permis d'approfondir nos connaissances théoriques et pratiques dans le domaine de la planification, de financement, des politiques de santé et des problèmes spécifiques à la contractualisation.

C'était aussi une occasion pour nous d'appliquer les différents outils de recherche.

B : Limites de l'étude

Notre étude se limite à une analyse descriptive de quelques indicateurs de l'efficacité des formations étudiées.

Elle a une portée limitée du fait qu'elle se limite à quelques formations spécifiques.

Paragraphe III: Définitions des concepts: efficacité et contractualisation

A : Le concept d'efficacité

L'efficacité est la recherche d'une meilleure utilisation des ressources rares⁵. Elle revêt deux dimensions.

- ***L'efficacité productive*** : c'est l'efficacité au moindre coût⁶. C'est donc la production d'un montant donné d'output avec le minimum de ressources tout en conservant aux prestations, une qualité acceptable.
- ***L'efficacité allocative*** : c'est la capacité à affecter les ressources aux actions jugées les plus utiles pour la population⁷.

⁵ Hervé Lafarge, Cadre d'analyse des systèmes de Santé, Notes de cours

⁶ op cit

⁷ op cit

B : La notion de la contractualisation

Selon l'article 1101 du code civil (Dalloz), "*le contrat est une convention par laquelle une ou plusieurs personnes s'obligent, envers une ou plusieurs autres à donner, à faire, ou à ne pas faire quelque chose*".

La contractualisation est donc le mécanisme de mise en place des activités ou d'exécution des services entre deux ou plusieurs acteurs.

Jean Perrot définit la contractualisation par rapport à l'approche contractuelle. Pour lui⁸, la contractualisation dans le domaine de la santé implique un partenariat et une chose publique. Il faut en conséquence aller au-delà de sa simple définition pour l'intégrer dans le système national de santé. C'est selon lui, l'approche contractuelle.

Elle introduit des mécanismes du marché dans le domaine public de santé. Ce qui pourrait permettre d'améliorer l'efficacité de ce secteur.

Ces mécanismes de marché traduits par la contractualisation prennent souvent la forme de contrat de concession de service public. Il traduit un mode de gestion concertée du service public de santé⁹.

Mais cette technique est-elle de nature à créer un climat incitatif à l'efficacité de ce secteur ?

⁸ Jean Perrot, l'approche contractuelle , [http:// www.med.hokudai.ac.jp/~senior-w/oth-lec/cont/001.htm](http://www.med.hokudai.ac.jp/~senior-w/oth-lec/cont/001.htm)

⁹ Ismaïla Madior Fall, Décentralisation et contractualisation dans le secteur de la Santé publique au Sénégal, MSP, 2000 (?)

Chapitre II : Contrat de concession de service public et analyse des conventions des deux formations sous arrangements contractuels

Section I : la concession de service public

Paragraphe I : Définition

Le contrat de concession de service public est un procédé par lequel une personne publique, appelée autorité concédante ou concédant, confie à une personne privée, dénommée concessionnaire, l'exploitation d'un service moyennant une rémunération perçue sur les usagers¹⁰.

L'acte de concession comprend deux parties : la convention de concession et un cahier de charges qui y est annexé.

La première est un document assez bref qui exprime l'accord des parties. Le second texte, technique, long et détaillé détermine les droits et obligations des parties, y compris les principes d'organisation et de fonctionnement du service public qui peuvent inciter à l'efficacité.

Paragraphe II : quelques principes de la concession de service public incitatifs à l'efficacité

A- Efficacité productive :

1 : Au niveau du concédant

Alors que dans le contrat administratif général, l'autorité contractante est tenue au respect des procédures strictes pour désigner son contractant, dans le

¹⁰René Dégui Segui, Droit administratif Général, 2^e édition 1996, P.205

contrat de concession de service public, elle peut choisir le concessionnaire en fonction de son expérience.

La possibilité de choisir le concessionnaire en fonction de son expérience permet au concédant d'opter pour le concessionnaire qui peut produire au moindre coût. Ce qui pourrait l'inciter à opter pour cette stratégie.

L'efficacité est aussi recherchée par le concessionnaire.

2 : Au niveau du concessionnaire :

La concession de service public crée une autonomie de gestion. Ce qui incite le concessionnaire à calculer au plus juste, le volume de ressources nécessaires pour produire.

Mais ses calculs peuvent être bouleversés par les contraintes du service public. C'est pourquoi certains droits lui sont reconnus.

Ainsi, le concessionnaire a droit à l'équilibre financier. En effet, lorsqu'il y a un bouleversement de l'économie du contrat, la continuité du service public fait obligation à l'autorité concédante de venir en aide au concessionnaire.

Ce droit à l'équilibre financier répond au souci du concessionnaire de produire au moindre coût même en cas de survenance d'événements imprévisibles.

Le concessionnaire peut aussi bénéficier du droit de déterminer sous le contrôle du concédant, les tarifs applicables. Il peut même bénéficier du monopole d'exploitation d'une zone géographique déterminée.

Ces principes sont de nature à motiver le secteur privé à assurer le service public de santé avec une garantie de ne pas appliquer des tarifs qui pourraient mettre en péril sa survie financière.

Mais le souci de produire au moindre coût ne doit pas se réaliser au détriment des besoins de la population.

B : l'efficacité allocative :

Certains principes de la concession de service public incitent le concédant comme le concessionnaire à rechercher l'efficacité allocative.

1 : Au niveau du concédant :

La santé des populations est une mission de service public pour l'Etat. En ce sens, en la concédant au privé, l'Etat imposera dans le cahier de charges les activités qui sont jugées les plus utiles pour la population.

Et le concessionnaire est tenu de faire fonctionner le service comme prévu dans le contrat. Il ne peut s'y déroger qu'en cas de force majeure.

Le concédant dispose de pouvoirs de contrôle étendus sur le fonctionnement du service. Ce qui lui permet de s'assurer de l'accomplissement de l'obligation souscrite par le concessionnaire.

Le concédant peut même le contraindre à faire fonctionner le service. Et en cas de défaillance, des amendes peuvent lui être infligées conformément aux dispositions du cahier de charges.

Ces principes ont le mérite de contraindre le concessionnaire à réaliser les activités mentionnées dans le cahier de charges.

Et même pour les besoins du service, les activités peuvent être modifiées par le concédant. Dans ce cas, le concessionnaire est tenu de réaliser les modifications apportées.

Ce principe permet au concédant de chercher à adapter le service aux besoins des usagers.

Le concédant dispose aussi du pouvoir de mettre fin à la concession avant son terme si le concessionnaire viole les dispositions du cahier de charges.

2 : Au niveau du concessionnaire

La concession est généralement conclue pour une courte durée. Le concessionnaire ne peut pas faire valoir de droit à renouvellement. Ce droit revient au concédant.

Il ne peut en conséquence voir son contrat renouvelé que si le concédant juge satisfaisante sa prestation.

Ces principes incitent à réaliser les activités contenues dans le cahier de charges censées être les plus utiles pour la population.

De manière générale, on note que la contractualisation basée sur la concession peut être incitative à l'efficacité si le concédant définit des règles adéquates et les fait respecter.

Mais est ce que dans notre cas d'espèce, les conventions d'association au service public qui sont un pas vers la concession ont incité à l'efficacité ?

Section II : Analyse des conventions des formations étudiées

Nous allons souligner les forces de ces conventions (cf. Annexe) avant d'aborder leurs mesures incitatives à l'efficacité.

Paragraphe I : Forces des conventions

Elle s'appréciera par rapport à la conformité de ces conventions à la législation en vigueur et à la qualité des autorités qui ont signé les conventions.

A : La conformité des conventions à la législation en vigueur

Le Droit positif ivoirien consacre la possibilité au secteur privé de s'associer à la réalisation d'une mission de service public de santé.

En effet, selon l'article (art) 25 du décret 96-877 du 25 octobre 1996 (cf. Annexe), *"un établissement sanitaire privé peut être associé au service public sanitaire par voie de convention avec le Ministère chargé de la Santé Publique.*

Dans ce cas, l'établissement est classé dans la catégorie des établissements sanitaires publics correspondant à ses missions et à son niveau d'intervention".

Cet article crée un climat souple à l'intervention du secteur privé dans le domaine de la santé. En outre, en reconnaissant le statut d'établissement public au secteur privé, les autorités entendent lui donner une protection.

Cette disposition est confirmée par les autorités qui ont signé les conventions.

B : La signature des conventions:

Les conventions sont signées par le Ministre de la Santé Publique et des affaires sociales et le Président de chaque association.

Le fait que le Ministre ait signé en personne montre l'intérêt que les autorités accordent à la réussite de cet outil.

Au fond, les forces des conventions traduisent la volonté politique de l'Etat sans laquelle la contractualisation ne peut connaître de succès. En plus de cette volonté politique, il faut une capacité technique pour sa mise en œuvre.

C'est cette capacité technique et politique de l'Etat qui devrait traduire les mesures incitatives à l'efficacité de ces conventions.

Paragraphe II : Des mesures des conventions incitatives à l'efficacité

Certaines sont incitatives à l'efficacité productive d'autres à l'efficacité allocative.

A : Mesures incitatives à l'efficacité productive

1 : Au niveau du MSP

Le secteur privé qu'il soit à but lucratif ou non bénéficie d'une présomption de contrôle des dépenses et d'amélioration de la productivité du personnel.

En associant donc ce secteur à la réalisation de mission de service public de santé, le MSP pense pouvoir assurer la couverture sanitaire avec une faible mobilisation de ressources publiques.

L'efficacité productive est aussi une préoccupation des associations.

2 : Au niveau des associations

Pour assumer leur autonomie financière, les associations sont tenues de minimiser les ressources nécessaires pour réaliser leurs prestations. Mais cela ne doit pas être fait au détriment de la qualité des soins car l'article 4 des conventions fait obligation aux associations de mettre à la disposition de leur formation, « *du personnel nécessaire en nombre et en qualité* » Et l'alinéa 2 de cet article dispose que « les diplômes des personnels seront tenus à la disposition du MSP ». Ce qui évite d'employer un personnel non qualifié.

C'est pour garantir leur contrainte de produire au moindre coût que certains avantages leur sont reconnus à travers certains articles.

L'article 15 dispose que le MSP « s'engage à mettre à la disposition des associations pour la réalisation de leur mission, les personnels fonctionnaires ».

Il arrive aussi que la municipalité d'accueil leur affecte du personnel comme le cas à Abobo X2.

Les charges de l'eau et d'électricité sont aussi assurées soit par le MSP soit par la mairie d'accueil. Il est vrai que ceci ne diminue pas les coûts du « système » car ces charges sont transférées sur le compte soit du MSP ou encore de la municipalité d'accueil. Mais ces avantages traduisent la volonté des autorités d'assister financièrement les associations afin qu'elles arrivent à atteindre leurs objectifs au moindre coût.

L'article 17 des conventions dispose que le Ministère de la Santé Publique et des affaires sociales aide les associations à bénéficier d'une exonération fiscale et douanière en cas de don ou d'importation d'équipements.

Cette exonération leur permet d'importer au moindre coût.

L'article 18 des conventions donne autorisation aux associations de s'approvisionner directement à la PSP où les médicaments sont moins chers par rapport à l'officine privée.

Ce qui leur permet de se doter en médicaments au moindre coût. Or les médicaments sont jugés importants par la population. C'est dire que les dispositions des conventions incitent aussi à l'efficacité allocative.

B : Mesures incitatives à l'efficacité allocative

Elles se vérifient au niveau du MSP et des associations.

1: Au niveau du MSP

La précision de l'objet des conventions et le contrôle qu'exerce l'autorité de tutelle sont incitatifs à l'efficacité allocative.

❖ La précision de l'objet des conventions :

Les différentes conventions précisent en leur article 2 alinéa 1, les missions assignées aux associations:

- Dispenser des soins de premier niveau et les soins de santé primaires en milieu urbain;
- *Promouvoir la santé par l'éducation sanitaire en milieu urbain.*

Et l'article 3 définit les activités qui doivent être menées dans le cadre de leur mission. Ce sont :

- *Les consultations effectuées par des médecins (ou à défaut par les infirmiers)*
- *Les soins infirmiers*
- *Les consultations de santé maternelle et infantile : prénatales, postnatales, planification familiale, suivi des enfants sains, vaccinations selon le programme élargi de vaccination*
- *Les activités d'éducation pour la santé vis à vis des populations dans les murs et hors les murs de ces associations*
- *Les actes de petite chirurgie.*

La précision de l'objet et des activités indique le souci du MSP à inciter les associations à réaliser les activités censées être utiles pour la population. Ces activités sont exercées sous le contrôle du MSP.

❖ Contrôle du MSP:

Selon l'alinéa 2 de l'article 2, ces activités sont exécutées sous le contrôle du MSP.

Ce qui devrait obliger les associations à n'exercer que les activités contenues dans la convention. Le non respect de ces dispositions est implicitement sanctionné au terme de la convention.

Cette sanction incite les associations à l'efficacité allocative.

2 : Au niveau des associations :

L'article 20 des conventions dispose qu'elles sont conclues pour une durée de 3 ans renouvelables après négociation des parties concernées.

C'est dire que si les autorités compétentes estiment que les associations n'ont pas respecté les clauses des conventions, elles peuvent les sanctionner en ne renouvelant pas la convention.

Cette disposition oblige donc implicitement les associations à poursuivre les objectifs qui leur sont assignés si elles veulent continuer leurs activités après les trois ans.

Ces différentes dispositions pourraient inciter les formations sanitaires de ces associations à l'efficacité. Mais est ce que la littérature fait cas de l'efficacité des formations inscrites dans la logique de la contractualisation?

Chapitre III : Etat des connaissances et cadre conceptuel

L'état des connaissances sera présenté avant le cadre conceptuel.

Section I : Etat des connaissances

Dans cette étude monographique cas témoins, nous avons circonscrit notre travail à quelques cas d'évaluation de contrats de certains pays et aux critères d'évaluation des services contractuels.

Paragraphe 1 : Revue de littérature des évaluations de contrats de quelques pays

En Afrique du Sud, Anne Mills et Jonathan Broomberg¹¹ ont montré que pour les activités non médicales, les hôpitaux contractuels fonctionnent avec un faible effectif de personnel hautement productif.

Pour les contrats concernant les activités médicales, les auteurs sus cités soulignent qu'un contrat avec un hôpital de mine de Zimbabwe montre que le gouvernement pouvait obtenir des services de même qualité à un prix bas que ceux d'un hôpital public.¹²

Gilson et al. 1997¹³ soulignent qu'une étude faite au Zimbabwe a montré que les hôpitaux contractuels de l'Eglise étaient caractérisés par une direction hautement motivée jouissant d'une autonomie substantielle que les hôpitaux publics suggérant une grande efficacité. Cependant, un problème sérieux identifié par cette étude était une fragmentation et un manque de coordination.

¹¹ Anne Mills et Jonathan Broomberg, Expériences of contracting: an overview of the literature Technical paper, OMS, July 1998, P. 23

¹² op cit

La première manifestation de ce problème pourrait être le déficit de collaboration entre le secteur public et le secteur privé.

Domberger, Meadowcroft et Thompson (1987)¹⁴ dans l'analyse des sources d'efficacité et d'inefficacité des services de santé contractuels ont montré que là où on a constaté une certaine efficacité, cela était dû dans la plupart des cas à une combinaison d'une basse masse salariale, un faible taux de dotation en personnel fortement productif et une gestion plus rigoureuse des stocks.

Ces études ont le mérite de montrer la capacité de la contractualisation à améliorer l'efficacité productive.

Cependant, elles ne montrent pas clairement si cette efficacité productive s'accorde avec les actions jugées les plus utiles pour la population, l'efficacité allocative.

Pour nous, la contractualisation devrait pouvoir améliorer l'efficacité allocative pour plusieurs raisons dont deux semblent nous être plus intéressantes.

D'abord parce que lorsqu'une structure de santé fonctionne avec une faible dotation en personnel, la masse salariale peut aussi être faible. Ce qui pourrait permettre à la structure d'avoir les ressources pour faire face aux charges complémentaires dont les médicaments qui sont beaucoup sollicités par la population alors qu'ils font défaut dans le secteur public.

Ensuite, dans le souci de vouloir reconduire leurs activités, les structures s'attèleront à satisfaire la population en privilégiant les prestations jugées les plus utiles pour elle.

¹³ Cité par Anne Mills et Jonathan Broomberg in op cit P. 24

¹⁴ op cit

Paragraphe 2 : Critères d'évaluation des services contractuels:

La contractualisation des systèmes de santé dans les pays en développement est extrêmement limitée et l'évaluation de leurs avantages et conséquences est peu nombreuse¹⁵.

Cependant, les problèmes d'évaluation du succès des réformes du NHS ont conduit Bartlett et Le Grand¹⁶ à proposer une approche indirecte d'évaluation.

Ils ont considéré comme critères d'évaluation: l'efficacité productive, l'extension du choix du consommateur, de la volonté et des besoins des usagers puis l'équité.

Le consommateur au niveau de la santé est souvent mis « sous tutelle ». C'est alors l'autorité sanitaire qui juge de l'utilité de ses besoins.

Les critères de l'efficacité productive et l'extension du choix du consommateur mieux les actions utiles pour lui à savoir l'efficacité allocative seront retenus dans notre étude.

Notre cadre conceptuel explique comment la contractualisation pourrait inciter à l'efficacité.

Section II : Cadre conceptuel et hypothèses de recherche :

Le cadre conceptuel sera défini avant les hypothèses de recherche.

Paragraphe I : Le cadre conceptuel

A : Explication du cadre conceptuel

L'adéquation des services d'une formation sanitaire entre ses ressources et ses besoins est souvent mise en cause par un déficit ou un excédent de ressources.

¹⁵ op cit

Ce qui pourrait créer l'inadéquation des services de cette formation et affecter son efficacité. Cela pourrait être corrigé par la contractualisation.

En effet, les arrangements contractuels (a) vont susciter une administration et une gestion plus souples de la formation en la soumettant à un équilibre financier, l'autonomie de gestion.

Pour assurer son autonomie de gestion, la formation est censée calculer au plus juste le volume de ressources nécessaires pour chaque phase du processus de production.

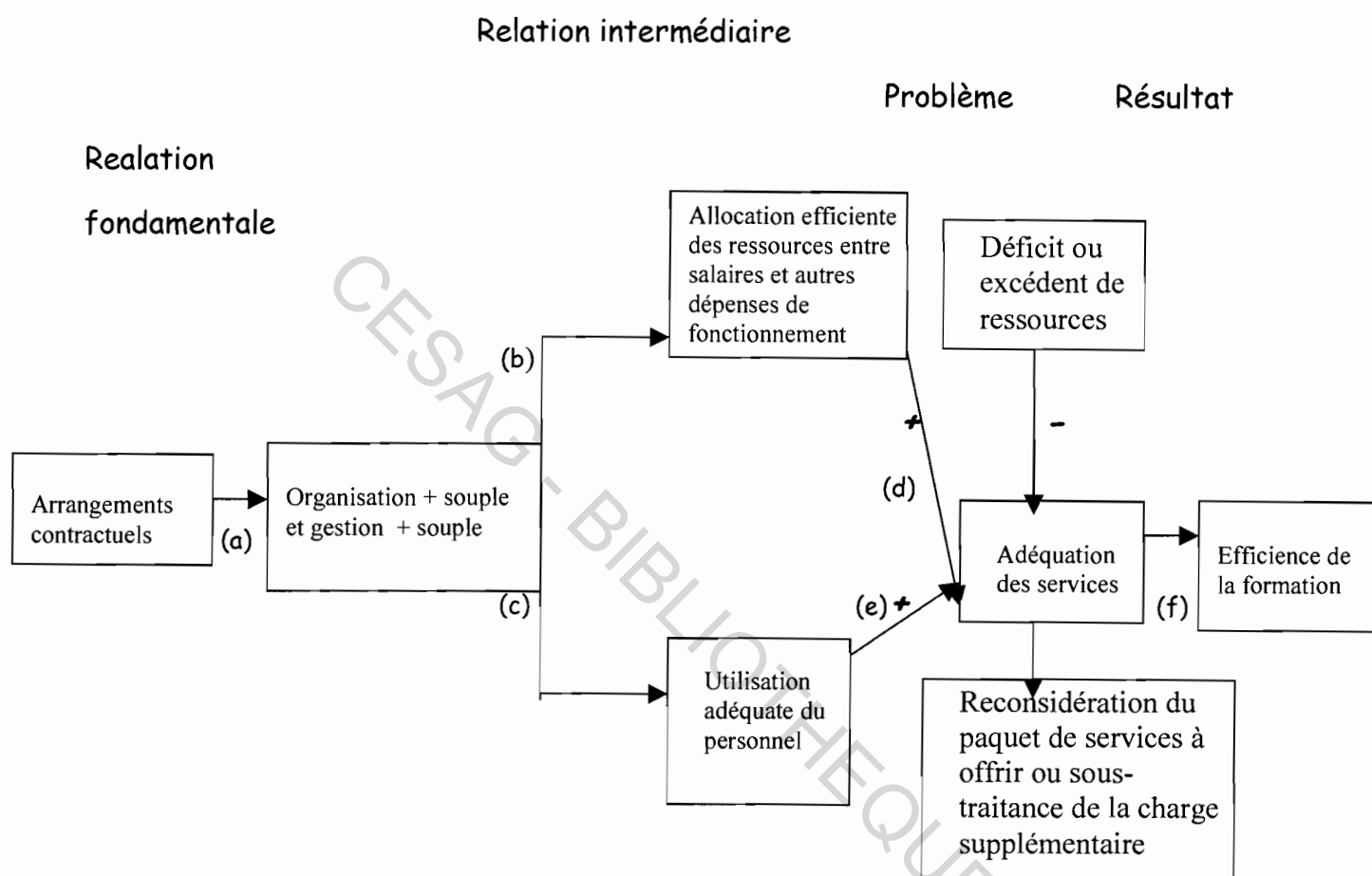
Ce qui l'incite d'abord à faire une bonne répartition de ses ressources entre les salaires et les autres dépenses de fonctionnement (b). Ensuite, pour optimiser sa production, elle sera amenée à utiliser de manière efficace son personnel (c).

La bonne répartition des ressources (d) assortie d'une utilisation efficace du personnel (e) va corriger le déficit ou l'excédent en ressources pour créer une adéquation entre les besoins de la formation et ses ressources. Il est évident que les économies engendrées par une utilisation efficace des ressources peut corriger le déficit de ressources et permettre d'affecter l'excédent de ressources à d'autres charges utiles pour la population (f).

Si après ce scénario, un supplément de ressources reste à trouver ou demeure, l'option résiduelle serait respectivement de sous traiter la charge supplémentaire ou de reconsidérer en élargissant le paquet de services à offrir.

Les explications de ce cadre sont illustrées par son schéma qui suit.

B : Schéma adapté¹⁷ indiquant les relations qui pourraient exister entre les arrangements contractuels et l'efficacité d'une formation sanitaire :



¹⁷ Kara Hanson, Lucy Gilson, Coûts, Utilisation des ressources et financement des services de santé de district : Guide méthodologique, Seconde édition

Unicef, L'initiative de Bamako, Rapport technique Numéro 3, P.166

Paragraphe 2 : Hypothèses de recherche

- H1- le personnel des FSU COM n'absorbe pas la quasi-totalité des dépenses totales de fonctionnement
- H2- le personnel des FSU COM est plus productif que celui des formations classiques
- H3- le personnel des FSU COM n'est pas en surnombre par rapport à la charge de travail
- H4- les médicaments sont plus disponibles dans les FSU COM
- H5- les activités préventives sont plus exercées dans les FSU COM

Le cadre opérationnel de l'étude nous permettra de vérifier ces hypothèses.

PARTIE II : Cadre opérationnel de l'étude

Après la stratégie de recherche et le contexte de l'étude, nous allons présenter notre méthodologie.

Section I : Stratégie de recherche et contexte de l'étude

Paragraphe 1 : Stratégie de recherche

Notre travail est une étude monographique cas témoins.

Qu'en est-il de sa validité.

A : Validité interne de la stratégie

La validité interne de cette stratégie consiste à s'assurer que les effets de la contractualisation sont les seuls explicatifs de l'efficacité des FSU COM.

Dans ces conditions, on pourrait dire qu'ils sont les principaux facteurs explicatifs des différences d'efficacité de nos cas et de nos témoins.

B : Validité externe:

Il s'agira de se demander si nos discussions, conclusions et les décisions émanant de nos recommandations sont de nature à améliorer la maîtrise de l'outil avant de le généraliser dans un plus large contexte.

Paragraphe 2 : Contexte de l'étude¹⁸:

A : Géographie et démographie:

1 : géographie

La ville d'Abidjan est située au sud de la Côte d'Ivoire.

C'est la capitale administrative du pays. Elle comprend deux districts sanitaires: le district d'Abidjan (périphérie) et le district Abidjan-ville où sont situées les formations étudiées.

2 : Démographie:

En 2000, la ville d'Abidjan avait une population estimée à environ 4.169.328 hbts répartie comme suit: Abobo: 920885; Adjamé: 366605; Attécoubé: 302055; Cocody: 366115; Koumassi: 457426; Marcory: 253581; Plateau: 14272; Port-bouet: 314857; Treichville: 173787; Yopougon: 999745.

Les communes d'Abobo et de Yopougon sont les plus peuplées. Elles représentaient respectivement 22% et 24% de la population de la ville en 2000.

B : Contexte d'émergence des FSU COM

En 1992, deux structures sanitaires publiques fournissaient des soins de santé de premier niveau pour une population de 530.000 à Abobo. Seule une structure publique dispensait des soins de santé à la population de 543000 à Yopougon¹⁹.

¹⁸ District sanitaire d'Abidjan ville, MSP, 2000

¹⁹ Christine Ortiz et Hortense Dogaud, Séminaire Atelier: les mutuelles de santé en Afrique: concept importé ou réalité émergente? Expériences et perspectives Cidef, Paris 27-29 mai 1998

Malgré cette offre limitée, on constatait une faible utilisation des services et une faible productivité du personnel du secteur public²⁰.

C'est pour y remédier qu'un réseau des Formations Sanitaires Urbaines à base Communautaire (FSU COM) a vu le jour en 1994 grâce au Projet Santé Abidjan (PSA), fruit de la coopération bilatérale entre la Côte d'Ivoire et la France.

C : La population de l'étude:

La présente étude concerne les formations sanitaires urbaines d'Abidjan. Ces formations constituent selon la structure pyramidale, le premier niveau de soins de santé primaires en Côte d'Ivoire.

D : Taille de l'échantillon:

Notre échantillon couvre 4 formations sanitaires urbaines: 2 Formations Urbaines à Base Communautaire (formations sous arrangements contractuels): FSU COM de Yopougon Toit rouge (Toit rouge X1), d'Abobo Avocatier (Abobo X2) et 2 formations urbaines publiques: Yopougon Attié (Attié Y1), Marcory (Marcory Y2) étant toutes des formations de même niveau.

Ces différentes formations présentent en fait les mêmes caractéristiques.

²⁰ B. Otch, A. Yao, conditions juridiques de la pérennisation des formations sanitaires urbaines à base communautaire d'Abidjan / Rapport final mai 1999 (éd. 2000) P.8

E : comparaison des formations classiques et des FSU COM:

	Formations classiques	Formations sous arrangements contractuels (FSU COM)	Différences
Services	Administration Dispensaire Maternité Pharmacie laboratoire	Administration Dispensaire Maternité Pharmacie laboratoire	Pas de différences
Personnel	Agents de Etat Mairie ANEHCT ²¹ Contractuels	Agents de: Formation sanitaire (Permanents et vacataires) Etat Mairie	Différences de statut
Prestataires	Médecins, Infirmiers, Sages femmes, Filles et garçons de salles	Médecins, Infirmiers, Sages femmes, Filles et garçons de salles	Pas de différences
Activités	Consultations de médecine générale, Consultations gynécologiques, Soins infirmiers, Accouchement, Séance de diététique, Vaccinations, pesées, Examens de laboratoire.	Consultations de médecine générale*, Consultations gynécologiques, Soins infirmiers, Accouchement, pesées, Vaccinations, , Examens de laboratoire, échographie.	Pas de différences

*Au niveau des FSU COM, les consultations sont exclusivement faites par les médecins.

Dans les formations classiques, elles sont pratiquées aussi bien par les médecins que par les infirmiers.

Mais les activités restent les mêmes. Elles sont donc comparables.

²¹ (Agence de Nettoyage et d'Entretien des Hôpitaux de Côte d'Ivoire)

Section II: Méthodologie

Comment mesurer les indicateurs de l'efficacité productive et l'efficacité allocative ?

Paragraphe I :Définition des indicateurs

A : Pour l'efficacité productive

Elle se mesurera dans notre cas d'espèce par la répartition des ressources entre les dépenses du personnel et les autres dépenses de fonctionnement, la productivité du personnel et l'adéquation entre personnel et charge de travail.

❖ La répartition des ressources entre les dépenses du personnel et les autres dépenses de fonctionnement :

Elle donne une indication générale de l'allocation des ressources à travers les pourcentages des principaux inputs : dépenses allouées au personnel et les autres dépenses de fonctionnement.

Les autres dépenses de fonctionnement comprennent les charges des médicaments, vaccins et le chapitre « Autres ».

Le chapitre "Autres" comprend la consommation d'eau, électricité, gaz, téléphone, carburant, dépenses d'entretien des infrastructures.

Comparer ces "profils de coût" entre les intrants aide à tirer des conclusions préliminaires quant à l'efficacité de l'utilisation des intrants.

En effet, il est évident qu'une formation sanitaire dont le personnel absorberait la quasi totalité des dépenses de fonctionnement n'aurait pas assez de ressources pour fonctionner.

Elle s'obtient par la formule suivante:

Montant de chaque input

► 100

Dépenses totales de fonctionnement

❖ *La productivité du personnel*

Elle peut être l'activité exprimée en termes d'activités réalisées par prestataire par an. Elle peut aussi être exprimée en termes du taux d'utilisation du temps des prestataires.

➤ *La productivité en termes d'activités réalisées par prestataire par an*

Elle est le volume de la production que l'on peut obtenir avec une unité de travail dans une période donnée. Elle s'exprimera en nombre d'activités par prestataire par an.

L'unité de travail est donc dans notre cas d'espèce, le prestataire de soins travaillant une année : productivité annuelle.

Elle s'obtient par la formule suivante:

Volume d'activités

Effectif des prestataires

➤ *La productivité en termes du taux d'utilisation du temps des prestataires*

Elle permet d'apprécier le niveau d'efficacité du taux d'utilisation du temps du travail du personnel.

L'intérêt de cet indicateur est qu'il permet d'apprécier la productivité des prestataires qui font plusieurs activités à la fois et de distinguer les activités médicales des paramédicales.

Elle s'obtient par la formule suivante:

$$\frac{\text{Productivité} * \text{Temps moyen pour une activité}}{\text{charge de travail} * \text{Temps moyen pour une activité}} \quad \blacktriangleright 100$$

❖ *Adéquation entre personnel et charge de travail*

Elle permet de déterminer si le personnel actuellement disponible dans les services est suffisant pour fournir les services de santé à un niveau de qualité minimale ou s'il est en surnombre.

L'approche générale pour évaluer l'adéquation des ressources humaines est de déterminer un «standard», la charge de travail et par la suite, comparer le travail qui a été fait avec ce niveau standard.

Elle s'obtient de la manière suivante:

Personnel théorique - Personnel réel en considérant que:

$$\text{Personnel théorique} = \frac{\text{Volume d'activités}}{\text{Charge de travail}}$$

Il faut donc connaître la charge de travail. Or il n'y a pas une mesure «exacte» de cette charge.

Pour la trouver, nous nous sommes basés sur des hypothèses portant sur la durée moyenne d'une prestation et le nombre d'heures par jour effectivement

disponibles pour trouver ce qu'un prestataire donné devrait pouvoir faire en faisant les opérations suivantes:

- estimation du nombre moyen de consultations par semaine qu'un médecin, infirmier ou sage femme peut prendre en charge
- estimation du nombre moyen de consultations susceptibles d'être prises en charge en un an

Ces estimations ont été faites sur la base d'hypothèses contenues en annexe 1.

B : Pour l'efficacité allocative :

Elle s'appréciera à travers l'hypothèse que les actions les plus utiles pour la population sont la disponibilité des médicaments et les activités préventives.

❖ la disponibilité des médicaments

En raison de son rôle médical, le médicament est utile pour la population, d'où la nécessité de rechercher une bonne disponibilité de médicaments.

Cette disponibilité se mesurera grâce au montant des dépenses allouées aux médicaments. Elle peut alors s'apprécier à travers le pourcentage des dépenses totales de fonctionnement de la formation qui est alloué aux médicaments.

❖ Les activités préventives

En raison de leur rôle promotionnel de la santé, elles sont utiles pour la population.

Elle se mesurera à travers le pourcentage qu'occupent les principales activités préventives dans l'ensemble des activités retenues.

La collecte et l'analyse des données nous ont permis de vérifier ces hypothèses.

Paragraphe 2 : Date, instruments de collecte de données et variables à l'étude

A: Date de collecte des données

La collecte des données a eu lieu au cours des mois de septembre, octobre et novembre 2001.

B : Instruments et technique de collecte de données

1 : Instruments de collecte de données

Les données ont été collectées par la recherche documentaire, des entretiens, et des observations.

Les entretiens ont permis d'avoir un maximum d'informations sur les forces et faiblesses de la contractualisation.

Les personnes contactées sont les gestionnaires et prestataires des différentes formations.

La recherche documentaire a eu pour but de recueillir les données sur les variables à l'étude.

Les observations nous ont permis de distinguer les activités médicales des paramédicales.

2: Technique de collecte des données

Nos données ont été recueillies en deux étapes.

D'abord, nous avons fait une étude approfondie faite d'entretiens et de revue documentaire par nous-mêmes au niveau de la Direction Régionale dont relèvent ces formations.

Ensuite, nous avons fait une collecte de données relatives à l'état des dépenses, l'effectif du personnel et les activités réalisées au niveau des formations

sanitaires retenues, du MSP, des agences de distribution de l'eau, électricité, téléphone et des Mairies qui apportent leur subvention à ces formations.

C : Variables à l'étude

Les informations recherchées ont concerné les données suivantes:

1 : Les dépenses de fonctionnement

❖ les catégories de dépenses

Les dépenses d'une formation sanitaire peuvent être classées en deux catégories: les dépenses récurrentes et les dépenses d'investissement.

Les dépenses récurrentes sont celles qui sont faites sur les biens et services qui ne durent pas plus d'un an.

Les dépenses d'investissement par contre sont faites pour l'acquisition de biens et services qui durent généralement plus d'un an.

Ce sont les dépenses réellement décaissées qui ont été retenues pour les besoins de l'étude.

❖ les dépenses retenues

Les frais du personnel soignant et administratif: ils sont composés du salaire brut de tous les agents de la formation;

- Les dépenses faites avec le budget de fonctionnement;
- Les dépenses faites avec les ressources propres;
- Les dépenses faites avec les dons reçus
- Les dépenses d'entretien des infrastructures, des équipements techniques et du matériel roulant ;
- Les dépenses des médicaments, des vaccins;

- Les subventions relatives aux charges de l'eau, électricité, téléphone, carburant et les autres frais de fonctionnement.

2 : Les activités réalisées

❖ Définition d'activité

Une activité est un ensemble de tâches attribué à une personne ou à un groupe de personnes, à une machine ou à un groupe de machines et liées à un objectif bien précis²².

❖ Les activités retenues :

Pour le dispensaire :

- ✓ Les consultations de médecine générale « adulte » et « enfant »
- ✓ Consultations gynécologiques
- ✓ Soins infirmiers

Pour la maternité :

- ✓ Consultations prénatales (CPN)
- ✓ Vaccinations et pesées
- ✓ Réalisations des accouchements

3 : Le personnel

Il est vrai que les actes médicaux sont de nature, des actes participatifs mais dans notre travail, nous n'avons retenu que le personnel qui participe principalement à la réalisation des différentes prestations.

²² Hugues Boisvert : la Comptabilité de management 1995, ed. du renouveau pédagogique, P.137

Le personnel retenu par rapport aux activités réalisées :

Ce sont: les médecins, les infirmiers et infirmières, les sages femmes, aide soignant ou aide infirmiers dans les formations où les soins infirmiers sont exécutés par cette catégorie de personnel.

Paragraphe 3 : Limites techniques, quelques considérations éthiques et analyse des données

A : limites techniques et difficultés rencontrées :

La principale difficulté que nous avons rencontrée était la disponibilité des informations sur une longue période, la concordance des données relatives au volume d'activités entre les responsables des services et ceux chargés du service informatique.

Une autre difficulté vient de la tenue des informations qui ne facilitait pas la distinction entre les consultations médicales et les consultations paramédicales dans les formations classiques.

Nous avons alors fait des observations et qui ont été conformes au résultat d'une étude faite dans ces formations qui a distingué ces consultations²³.

B : Quelques considérations éthiques

Il s'agissait de bénéficier de l'accord et des autorisations requises au niveau des différentes autorités pour effectuer l'étude.

Les informations comptables ont été tenues confidentielles et n'ont eu pour seul but que cette étude.

C : Analyse des données

La saisie et l'analyse des données quantitatives ont été réalisées sur micro-ordinateur à l'aide du logiciel Microsoft-Excel 97.

L'analyse des données nous a permis de faire une analyse descriptive pour faire ressortir les résultats pertinents de l'efficacité des formations à l'étude comparativement aux indicateurs retenus à travers des tableaux et des graphiques.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

²³ Emmanuel Escalon : les conditions économiques de la pérennisation des formations sanitaires urbaines à base communautaire d'Abidjan / Rapport final Avril 1998 (2^e éd. 2000)

Partie III : Présentation des résultats et discussion

Chapitre I : Présentation des résultats

Section I: Résultats relatifs à l'efficacité productive:

Nous présenterons les résultats en tenant compte de la répartition des dépenses totales entre salaires et les autres dépenses de fonctionnement, la productivité du personnel et l'adéquation entre personnel et charge de travail.

I-A: Répartition des dépenses totales entre salaires et les autres dépenses de fonctionnement

I-A-1 Tableaux comparatifs de répartition des dépenses entre salaires et les autres dépenses de fonctionnement de Toit rouge X1 et d'Attie Y1 en 1999 et 2000

Toit rouge X1

Rubriques	Dépenses1999	Pourcentage	Dépenses 2000	Pourcentage
Personnel	73464232	40.17	84610595	39.89
Autres dépenses de fonctionnement	109391087	59.83	127473036	60.11
Total	182855319	100	212083631	100

Attie Y1

Rubriques	Dépenses1999	Pourcentage	Dépenses 2000	Pourcentage
Personnel	314048424	59.35	315521484	54.63
Autres dépenses de fonctionnement	215087392	40.65	262137016	45.37
Total	529135816	100	577658500	100

En 1999, le personnel de X1 avait un effectif de 43 personnes qui absorbait 40.17% des dépenses de fonctionnement de la formation tandis que celui de Y1 avec un effectif de 156 personnes, accaparait 59,35% des dépenses totales.

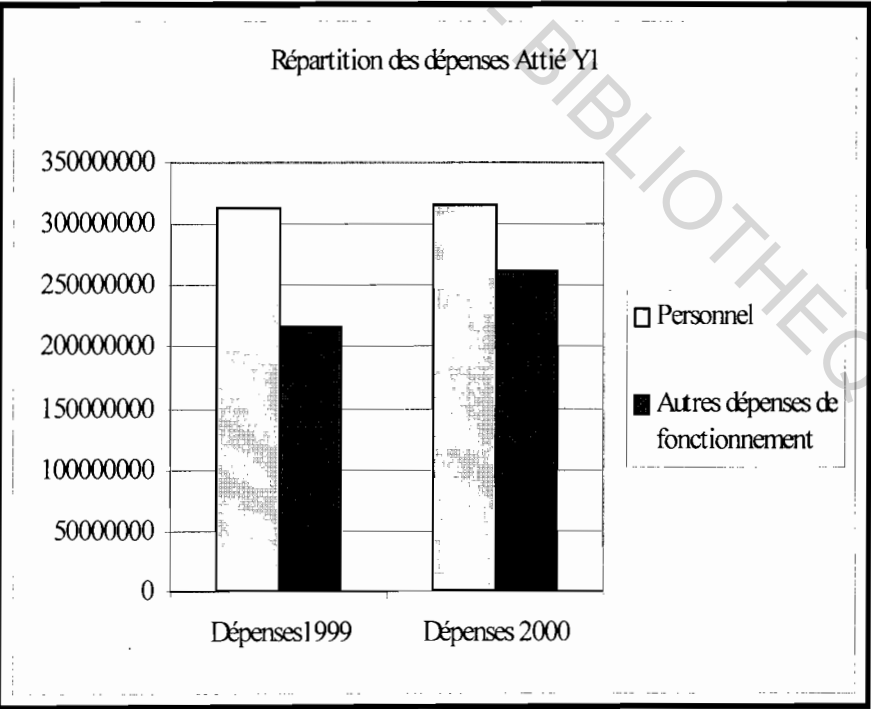
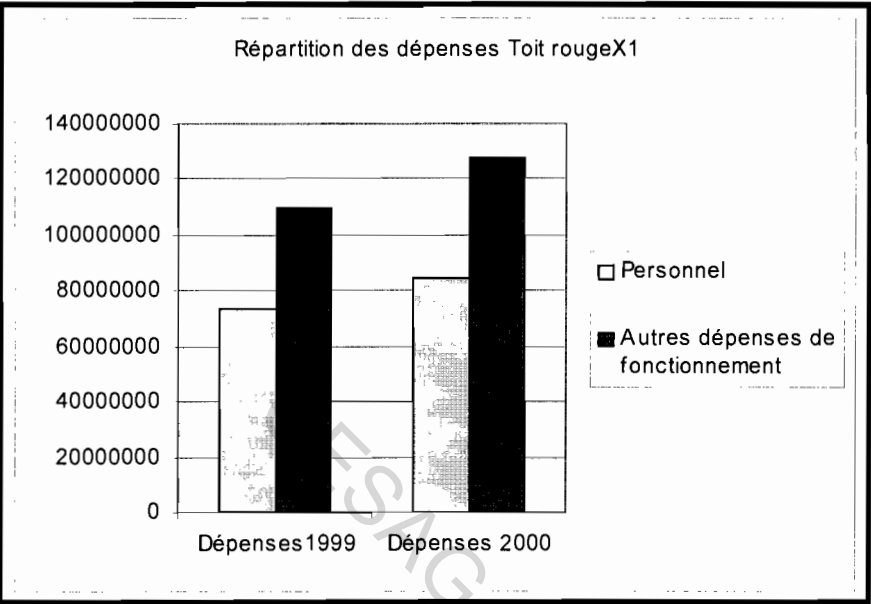
A X1, les autres dépenses de fonctionnement ont accaparé 59.83% des dépenses totales tandis qu'elles n'ont absorbé que 40.65% des dépenses de Y1.

En 2000, X1 avait un effectif de 45 qui absorbait 39,89% des dépenses de fonctionnement tandis que Y1 avait un effectif de 158 et lui consacrait 54,63%.

A X1, les autres dépenses de fonctionnement accaparaient 60.11% des dépenses totales tandis qu'elles n'absorbaient que 45.37% à Y1.

Les graphiques comparatifs qui suivent indiquent les parts de ces deux catégories de dépenses.

I -A - 2 : Graphiques comparatifs de répartition des dépenses entre salaires et les autres dépenses de fonctionnement de X1 et Y1 en 1999 et 2000.



Qu'en est il de X2 et Y2?

I-A-3 Tableaux comparatifs de répartition des dépenses entre salaires et les autres dépenses de fonctionnement d'Abobo X2 et de Marcory Y2 en 1999 et 2000.

Abobo X2

Rubriques	Dépenses1999	Pourcentage	Dépenses 2000	Pourcentage
Personnel	55212243	35.30	65774720	40.18
Autres dépenses de fonctionnement	101154086	64.70	97898723	59.82
Total	156366329	100	163672443	100

Marcory Y2

Rubriques	Dépenses1999	Pourcentage	Dépenses 2000	Pourcentage
Personnel	194988648	48.02	213661730	51.37
Autres dépenses de fonctionnement	211023517	51.98	202238056	48.63
Total	406012165	100	415899685	100

En 1999, l'effectif de X2 était de 32 employés et absorbait 35.30% des dépenses totales de fonctionnement contre un effectif de 108 agents à Y2 qui accaparait 48,02% des dépenses de fonctionnement.

Les autres dépenses de fonctionnement accaparaient 64.70% des dépenses de X2 contre 51.98% de celles de Y2.

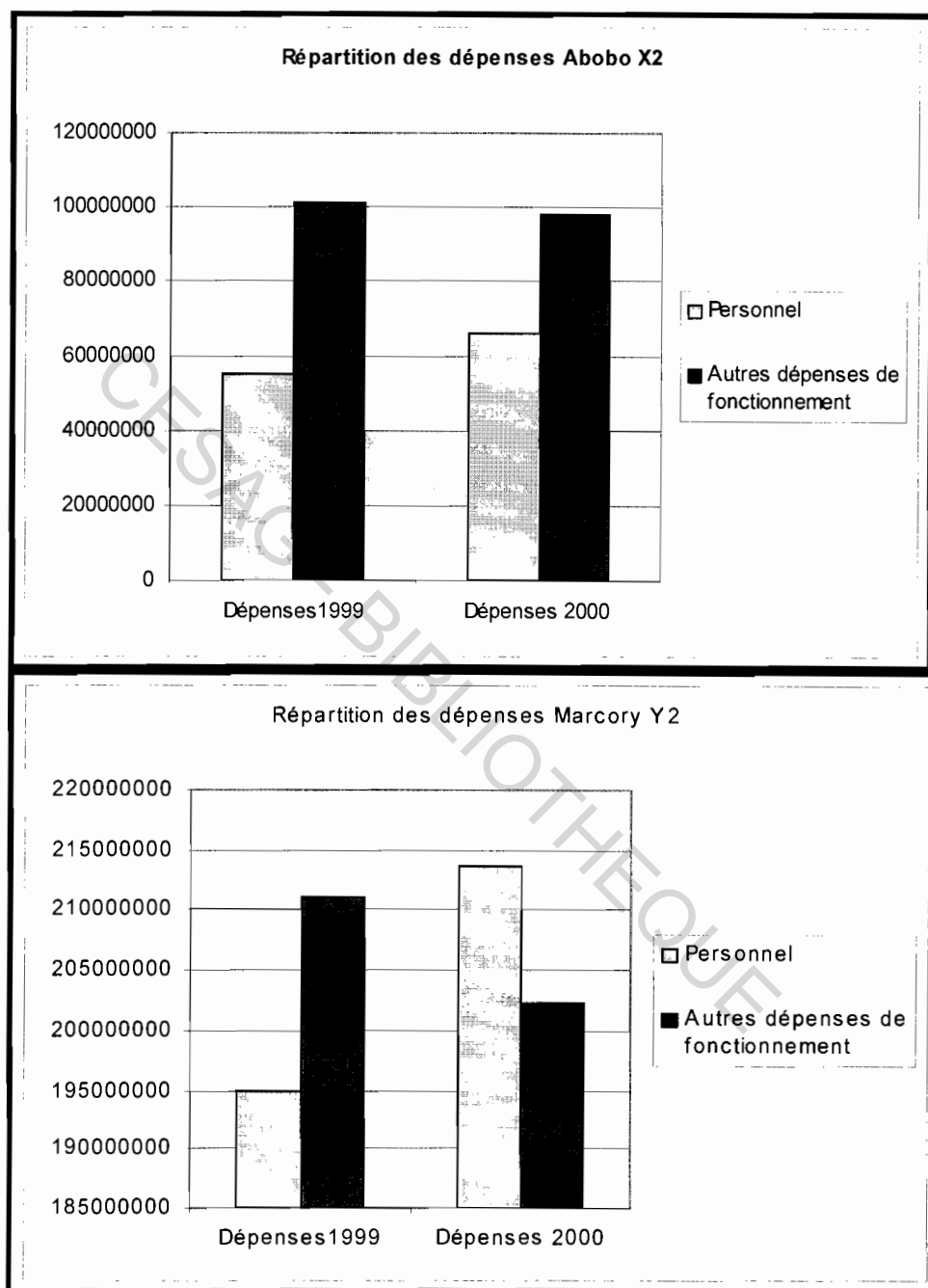
En 2000, l'effectif de X2 était de 33 agents et absorbait 40.18% des dépenses de fonctionnement.

Y2 avait quant à lui, un effectif de 118 personnes qui accaparait 51.37% des dépenses totales.

Les autres dépenses de fonctionnement accaparaient 59.82% des dépenses de X2 contre 48.63% de celles de Y2.

Les graphiques comparatifs qui suivent indiquent la part de ces deux catégories de dépenses.

I- A- 4 : Graphiques comparatifs de répartition des dépenses entre salaires et autres dépenses de fonctionnement de X2 et Y2 en 1999 et 2000.



De ce qui suit, il ressort qu'en 1999, ce sont les dépenses de personnel qui représentent des pourcentages élevés à Y1 alors qu'à Y2, X1 et X2, ce sont les autres dépenses de fonctionnement qui ont des pourcentages élevés.

Mais en 2000, les dépenses de personnel représentaient les pourcentages les plus élevés à Y1 et à Y2 alors qu'à X1 et X2 ce sont les autres dépenses de fonctionnement qui sont toujours élevées.

Ceci est résumé dans le tableau récapitulatif ci-dessous.

I- A-5 : Tableau récapitulatif de répartition en pourcentage des dépenses totales entre salaires et les autres dépenses de fonctionnement selon les structures en 2000.

Rubriques	Toit rouge X1	Attié Y1	Abobo X2	Marcory Y2
Personnel	39.89	54.63	40.18	51.37
Autres dépenses de fonctionnement	60.11	45.37	59.82	48.63
Total	100	100	100	100

Les pourcentages élevés des autres dépenses de fonctionnement de Toit rouge X1 et Abobo X2 peuvent expliquer un bon fonctionnement de ces formations et susciter une meilleure productivité de leur personnel.

I- B : Productivité du personnel

Elle est appréciée sous deux angles : la productivité en termes d'activités réalisées par prestataire par an et la productivité en termes du taux temps du temps d'utilisation des prestataires.

I-B-1 : Productivité exprimée en termes d'activités réalisées par prestataire et par an :

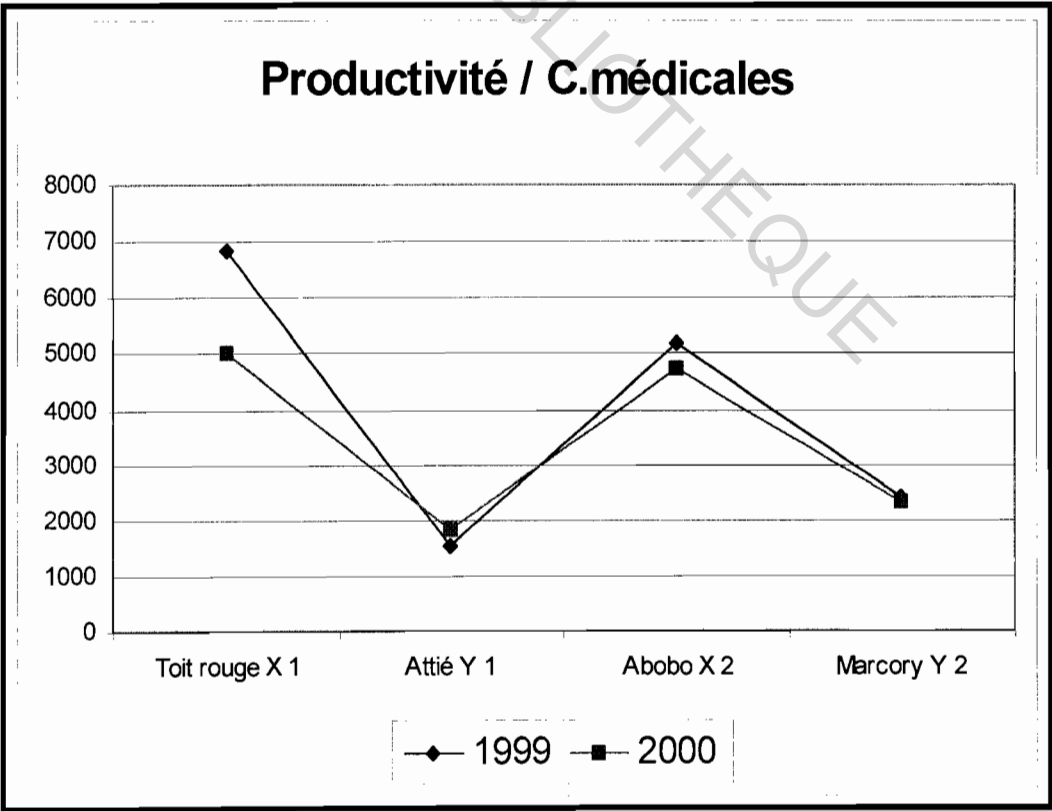
Elle concernera les principales activités retenues.

I- B- 1-1 Tableau comparatif de la Productivité exprimée en nombre de consultations médicales réalisées par prestataire selon les structures en 1999 et 2000.

	1999	2000
Toit rouge X 1	6858	5008
Attié Y 1	1537	1811
Abobo X 2	5184	4730
Marcory Y 2	2389	2331

Les personnels de X1 et X2 ont la plus forte productivité des consultations médicales comme l'indique le graphique comparatif ci-dessous.

I-B - 1-2 : Graphique comparatif de la productivité au niveau des consultations médicales selon les structures en 1999 et 2000.



Qu'en est il des consultations gynécologiques ?

I-B-1-3 : Tableau comparatif de la productivité exprimée en nombre de consultations gynécologiques réalisées par prestataire selon les structures en 1999 et 2000.

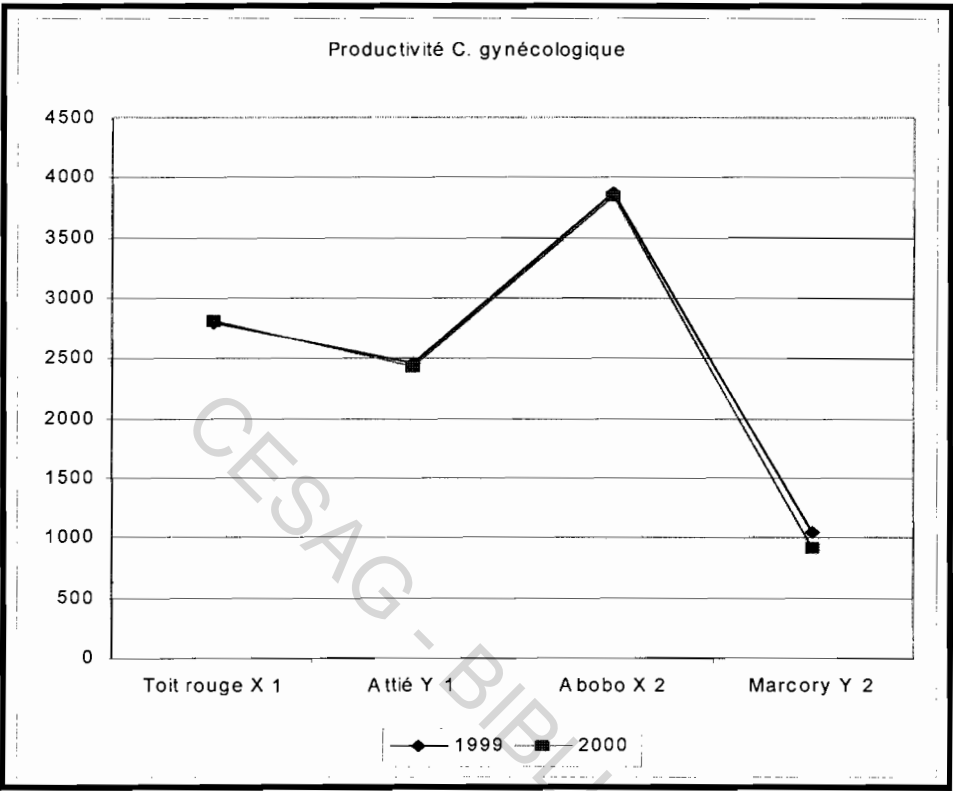
	1999	2000
Toit rouge X 1	2795*	2805*
Attié Y 1	2468	2429
Abobo X 2	3870*	3845*
Marcory Y 2	1055	913

*A X1 et X2, les médecins gynécologues font une vacation par semaine.

Nous avons donc fait l'équivalence de leur productivité en temps plein, soit 5*1 Vacation par semaine.

On obtient alors une productivité du personnel de X1 et de X2 qui est très élevée par rapport à celle des formations classiques. Cela est illustré par le graphique comparatif qui suit :

I-B-1-4 : Graphique comparatif de la productivité au niveau des consultations gynécologiques selon les structures en 1999 et 2000.



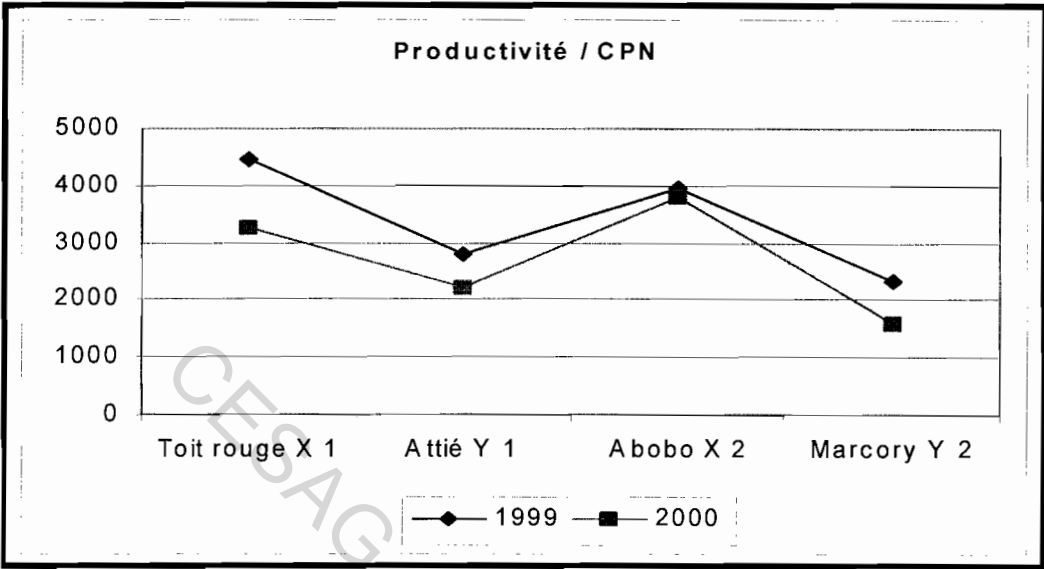
Quid des CPN ?

I-B-1-5 : Tableau comparatif de la Productivité exprimée en nombre de CPN faites par sage femme selon les structures en 1999 et 2000.

	1999	2000
Toit rouge X 1	4458	3245
Attié Y 1	2796	2197
Abobo X 2	3970	3793
Marcory Y 2	2307	1582

Au niveau des CPN, le personnel de X1 a une productivité plus élevée que celui de Y1. Le personnel de X2 a aussi une productivité plus élevée que celle de Y2 comme l'indique le graphique comparatif qui suit:

I-B-1-6 : Graphique comparatif de la productivité au niveau des CPN selon les structures en 1999 et 2000.



Qu'en est il au niveau des accouchements ?

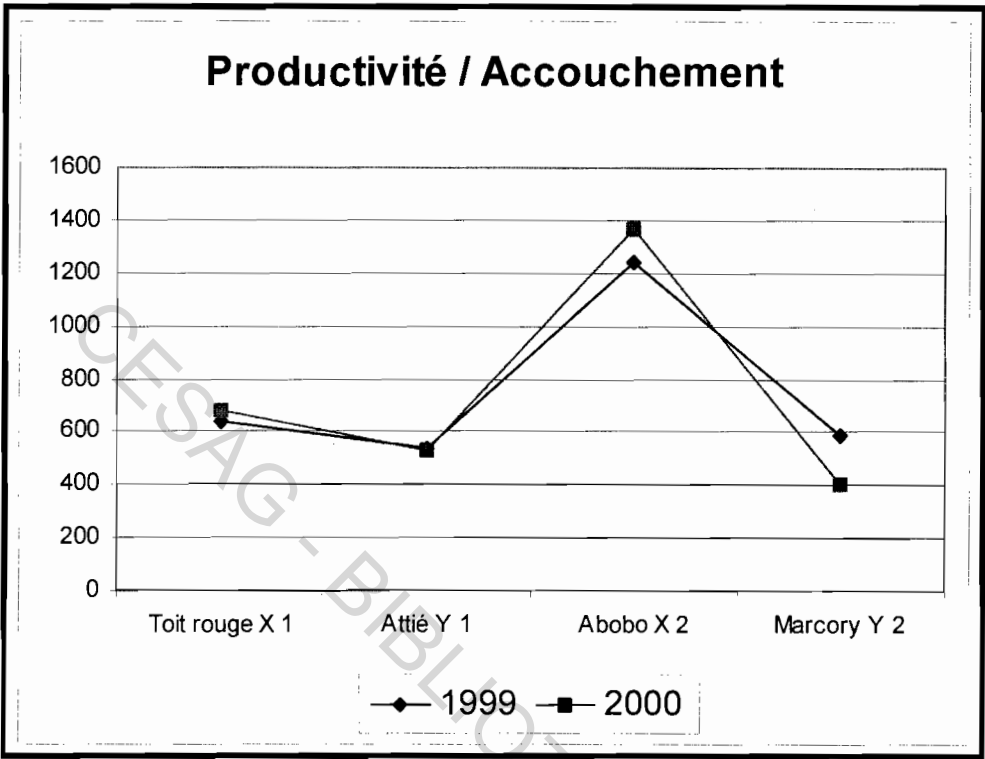
I-B-1-7 : Tableau comparatif de la productivité exprimée en nombre d'accouchements réalisés par sage femme selon les structures en 1999 et 2000.

	1999	2000
Toit rouge X 1	633	679
Attié Y 1	537	531
Abobo X 2	1239	1364
Marcory Y 2	586	399

Pour les accouchements, la productivité du personnel de X1 est plus élevée que celle de celui de Y1.

Le personnel de X2 a plus du double de la productivité de celui de Y2. Cela est illustré par le graphique comparatif qui suit :

I-B-1-8 : Graphique comparatif de la productivité au niveau des accouchements selon les structures en 1999 et 2000.



La productivité des personnels de X1 et X2 est aussi élevée au niveau des vaccinations et pesées.

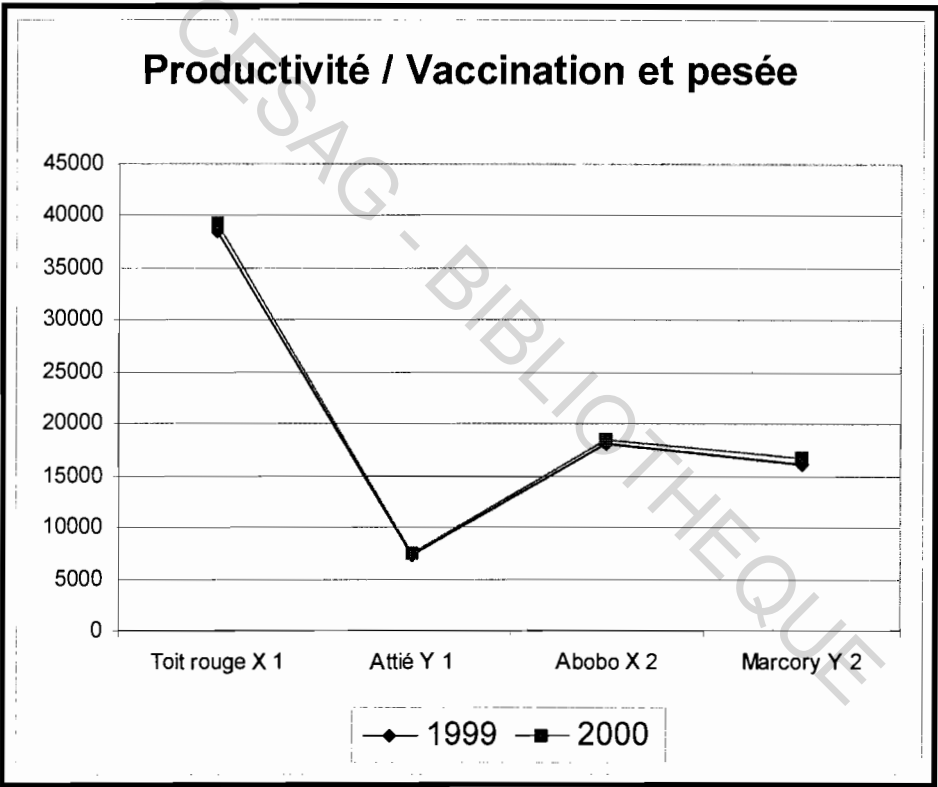
I-B-1-9: Tableau comparatif de la productivité exprimée en nombre de vaccinations et pesées par sage femme selon les structures en 1999 et 2000.

	1999	2000
Toit rouge X 1	38488	39215
Attié Y 1	7258	7441
Abobo X 2	18008	18412
Marcory Y 2	16067	16762

Au niveau des vaccinations et pesées, la productivité du personnel de X1 est largement plus grande que celle de celui de Y1.

Il en va ainsi pour X2 dont le personnel a une meilleure productivité que celui de Y2. Ces résultats sont présentés dans le graphique comparatif ci-dessous.

I-B-1-10 : Graphique comparatif de la productivité au niveau des vaccinations et pesées selon les structures en 1999 et 2000.



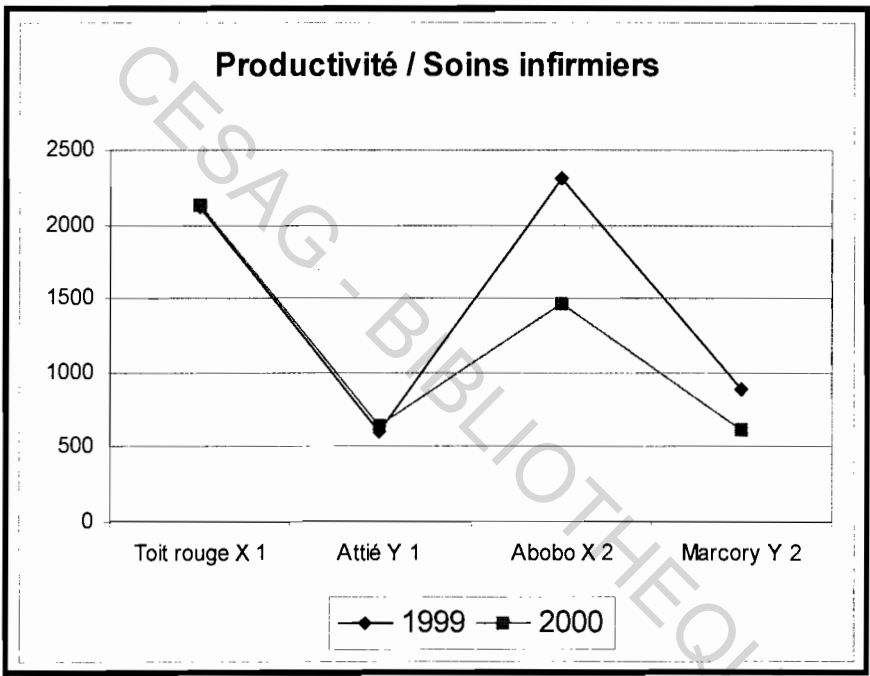
I-B-1-11 : Tableau comparatif de la productivité exprimée en nombre de soins infirmiers réalisés par prestataire selon les structures en 1999 et 2000.

	1999	2000
Toit rouge X 1	2115	2130
Attié Y 1	594	648
Abobo X 2	2314	1459
Marcory Y 2	883	631

Au niveau des soins infirmiers, le personnel de X1 a une productivité largement supérieure à celle du personnel de Y1.

C'est aussi le cas du personnel de X2 qui a une productivité élevée par rapport à celui de Y2 comme l'indique ce graphique comparatif :

I-B-1-12 : Graphique comparatif de la productivité au niveau des soins infirmiers selon les structures en 1999 et 2000.



I-B-1-13 : Tableau récapitulatif de la productivité en terme d'activités réalisées par prestataire par an selon les structures en 2000:

	Toit rouge X1	Attié Y1	Abobo X2	Marcory Y2
C. médicales	5008	1811	4730	2331
C. gynéco	2805	2429	3845	913
Soins infirmiers	2130	648	1459	631
Accouchements	679	531	1364	399
CPN	3245	2197	3793	1382
Vaccinations et pesées	39215	7441	18412	16762

De ce tableau, on constate que les personnels de X1 et X2 ont une meilleure productivité que ceux de Y1 et Y2.

La productivité est aussi traduite en termes du taux d'utilisation du temps des prestataires.

I-B-2 : Productivité exprimée en termes de taux du temps d'utilisation des prestataires

Elle est évaluée en fonction des services des différentes structures à travers des tableaux.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

I-B-2-1 : Tableaux comparatifs du taux du temps d'utilisation des prestataires de X1 et Y1 selon les services en 1999 et 2000.

Toit rouge X1

	1999	2000
	Temps d'utilisation	Temps d'utilisation
C.médicales	133.12	97.2
CPN	53.84	39.19
Accouchements	80.94	86.95
Vaccinations et pesées	92.96	94.72
Paramédicaux / Dispensaire	25.54	25.74

AttiéY1

	1999	2000
	Temps d'utilisation	Temps d'utilisation
C.médicales	43.33	52.6
CPN	26.98	26.54
Accouchements	68.72	67.9
Vaccinations et pesées	17.53	17.97
Paramédicaux / Dispensaire	26.46	30.4

Les résultats du tableau nous disent que les personnels de X1 et X2 ont un taux de leur temps de travail plus élevé que ceux de Y1 et Y2 sauf au niveau des

paramédicaux du dispensaire où ils reçoivent souvent les agents de l'Etat. Qu'en est-il des prestataires de Y1 et Y2?

I-B-2-2 : Tableaux comparatifs du taux du temps d'utilisation des prestataires de X2 et Y2 selon les services en 1999 et 2000.

Abobo X2

	1999	2000
	Temps d'utilisation	Temps d'utilisation
C.médicales	99.92	91.8
CPN	47.95	45.82
Accouchements	158.43	174.55
Vaccinations et pesées	43.49	44.47
Paramédicaux / Dispensaire	27.94	17.62

Marcory Y2

	1999	2000
	Temps d'utilisation	Temps d'utilisation
C.médicales	57.27	60.19
CPN	49.97	36.70
Accouchements	74.97	51.15
Vaccinations et pesées	38.8	40.49
Paramédicaux / Dispensaire	40.23	38.15

Le tableau nous dit que le personnel de X2 a aussi un taux d'utilisation de son temps de travail plus élevé que celui de Y2 sauf au niveau des paramédicaux du dispensaire.

Une remarque frappante est qu'au niveau des accouchements, les sages femmes de X2 ont le double du taux du temps d'utilisation de travail de celles de Y2. Les taux du temps d'utilisation des prestataires sont résumés dans le tableau récapitulatif ci-dessous.

I-B-2-3 : Tableau récapitulatif comparant la productivité exprimée en termes du taux d'utilisation des prestataires selon les services et structures en 2000:

	Toit rouge X1	Attié Y1	Abobo X1	Marcory Y2
C. médicales	97, 2	52, 6	91, 8	60, 19
CPN	39, 19	26, 54	45, 82	36, 70
Accouchements	86, 95	67, 9	174, 55	51, 15
Vaccinations et pesées	94, 72	17, 97	44, 47	40, 49
Paramédicaux / Dispensaire	25, 74	30, 4	17, 62	38, 15

La productivité du personnel a souvent un rapport avec l'adéquation entre personnel et charge de travail.

I-C : Adéquation entre personnel et charge de travail

I-C-1 :Tableau comparatif indiquant l'écart entre l'effectif théorique et l'effectif réel par rapport au volume d'activités selon les structures en 1999 et 2000: cf. Annexe 2

En fonction de la charge de travail, le tableau nous dit qu'en 1999 X1 avait un déficit de 2 médecins et n'enregistrait un surplus de personnel qu'au dispensaire où il y avait 4 paramédicaux de plus. Cependant, Y1 enregistrait un surplus de personnel dans tous les services.

X2 quant à lui enregistrait un déficit de 3 sages femmes au service des accouchements. Il n'avait qu'un surplus d'une sage femme à la CPN et d'un paramédical au dispensaire tandis que Y2 enregistrait un surplus de personnel dans tous les services.

En 2000, X1 n'enregistrait un surplus qu'au niveau du dispensaire où il y avait 5 paramédicaux de plus.

Y1 quant à lui, enregistrait un surplus de personnel dans tous les services.

X2 n'enregistrait qu'un surplus de 2 paramédicaux au dispensaire et une sage femme à la CPN et avait un déficit de 3 sages femmes au service des accouchements.

Y2 comme Y1 enregistrait un surplus dans tous les services.

Tout ceci est illustré dans le tableau récapitulatif qui suit.

I-C-2 : Tableau récapitulatif de l'écart entre personnel réel et personnel théorique selon les services des structures en 2000.

	Toit rouge X1	Attié Y2	Abobo X2	Marcory Y2
C. médicales	0	2	0	1
Paramédicaux dispensaire	5	20	2	6
CPN	0	5	1	5
Accouchements	0	3	-3	6
Vaccinations et pesées	0	10	0	1

L'efficacité allocative est la deuxième dimension étudiée.

Section II: Résultats relatifs à l'efficacité allocative

Elle s'appréciera à travers la disponibilité des médicaments et les pourcentages des principales activités retenues dans les formations sous arrangements contractuels et les formations classiques.

II-A: la disponibilité des médicaments

Elle se donnera par la part des médicaments dans la répartition des dépenses entre les différents inputs: salaires, médicaments et "Autres".

II-A-1: Tableaux comparatifs du pourcentage des médicaments parmi les dépenses de salaires et "Autres" de X1 et Y1 en 1999 et 2000.

Toit rougeX1

Nom	Dépenses(Fcfa) 1999	Pourcentage	Dépenses(Fcfa) 2000	Pourcentage
Personnel	73464232	40,17	84610595	39,89
Médicaments	69414706	37,96	88274978	41,62
Autres	39976381	21,87	39198058	18,5
Total	182855319	100.00	212083631	100.00

Attié Y1

Nom	Dépenses(Fcfa) 1999	Pourcentage	Dépenses(Fcfa) 2000	Pourcentage
Personnel	314048424	59,35	315521484	54,63
Médicaments	54557608	10,31	60630636	10,50
Autres	160529784	30,34	201506380	34,87
Total	529135816	100,00	577658500	100,00

Selon ces tableaux, en 1999, le personnel de X1 absorbait 40.17% des dépenses de fonctionnement de la formation tandis que celui de Y1 accaparait 59,35% des dépenses totales.

X1 a alloué 37,96% des dépenses totales de fonctionnement aux médicaments contre 10,31% à Y1

Pour le chapitre «Autres», alors que X1 lui a consacré 21.87% des dépenses de fonctionnement, Y1 lui a consacré 30,34% de ses dépenses de fonctionnement.

En 2000, le personnel de X1 absorbait 39,89% des dépenses tandis que celui de Y1 accaparait 54,63%.

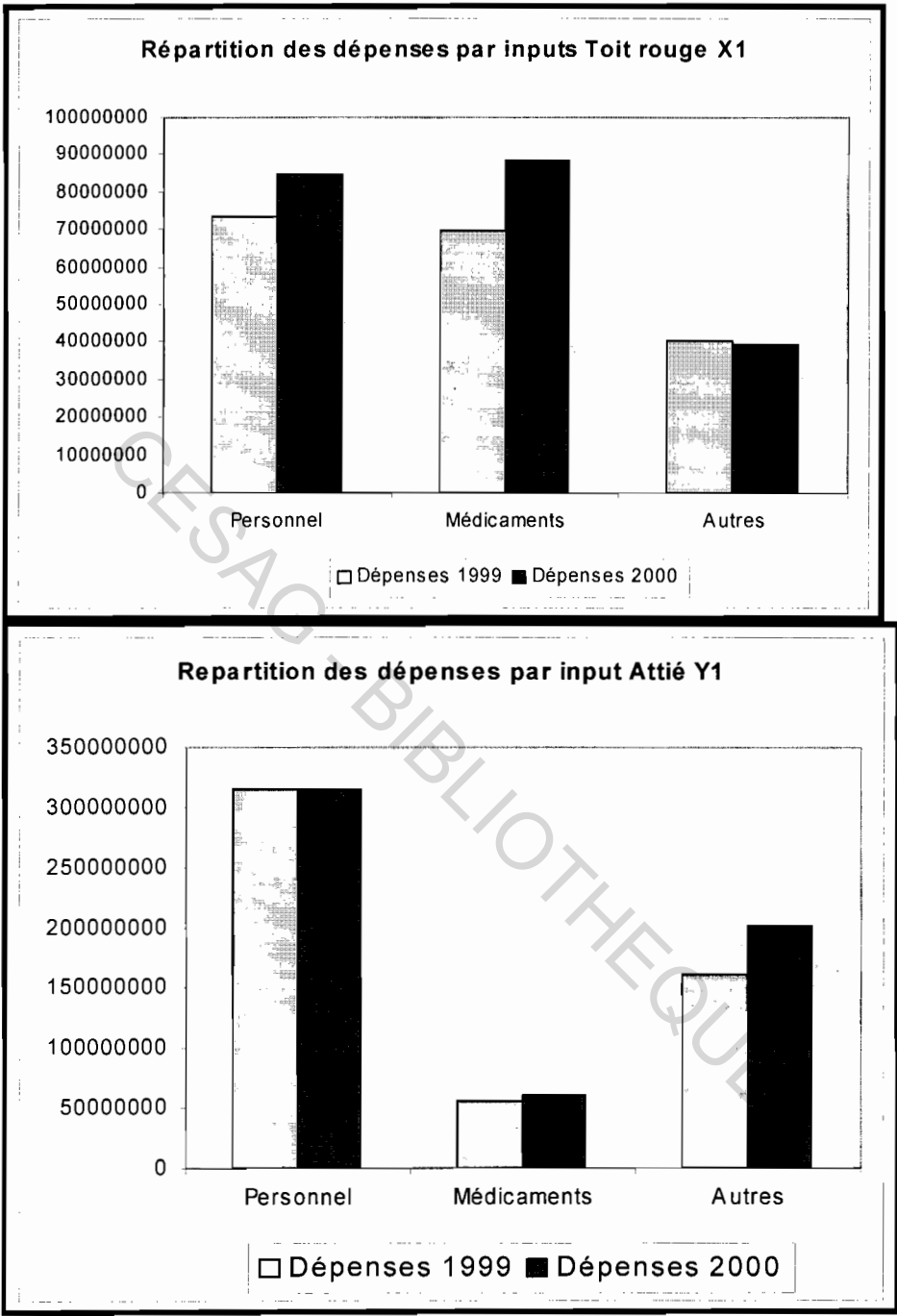
Les médicaments ont absorbé 41,62% des dépenses totales de fonctionnement de X1 et seulement 10,5% pour Y1.

Le chapitre "Autres", représentait 18,5% des dépenses de fonctionnement de X1 alors qu'il représentait 34,87% à Y1.

Ces résultats sont illustrés par les graphiques comparatifs suivants:

CESAG - BIBLIOTHEQUE

II-A-2 : Graphiques comparatifs de dépenses des médicaments parmi les autres dépenses de X1 et Y1 en 1999 et 2000.



Qu'en est-il de X2 et Y2 ?

II-A-3 : Tableaux comparatifs du pourcentage des médicaments parmi les dépenses de salaires et "Autres" de X2 et Y2 en 1999 et 2000.

Abobo X2

Nom	Dépenses(Fcfa) 1999	Pourcentage	Dépenses(Fcfa) 2000	Pourcentage
Personnel	55212243	35,30	65774720	40,18
Médicaments	59975761	38,35	56978441	34,81
Autres	41178325	26,35	40919282	25,01
Total	156366729	100,00	163672443	100,00

Marcory Y2

Nom	Dépenses(Fcfa) 1999	Pourcentage	Dépenses(Fcfa) 2000	Pourcentage
Personnel	194988648	48,02	213661730	51,37
Médicaments	55628763	13,73	73665926	17,71
Autres	155394754	38,25	128572029	30,92
Total	406012165	100,00	415899685	100,00

En 1999, le personnel de X2 absorbait 35.30% des dépenses totales de fonctionnement alors que celui de Y2 accaparait 48,02% des dépenses de fonctionnement.

Au niveau des médicaments, X2 y a consacré 38.35% de ses dépenses totales alors que Y2 ne lui a consacré que 13,73%.

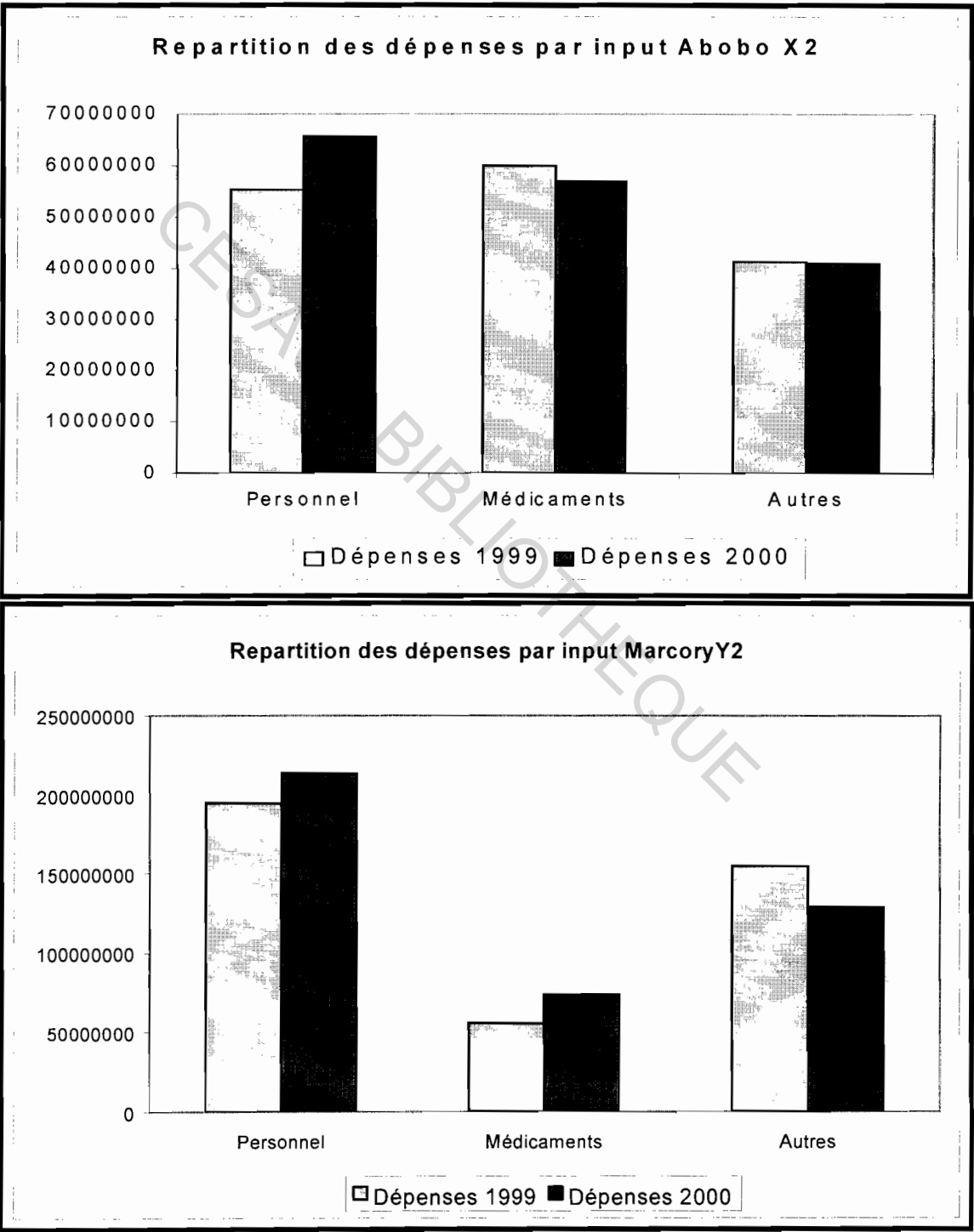
Le chapitre «Autres» a absorbé 26.35% des dépenses de fonctionnement à X2 tandis qu'il accaparait 38,5% à Y2.

En 2000, le personnel de X2 absorbait 40,18% des dépenses de fonctionnement tandis que celui de Y2 accaparait 51,37% des dépenses totales.

Les médicaments absorbaient 34,81% des dépenses de fonctionnement de X2 contre 17,71 pour Y2.

Le chapitre "Autres" absorbait 25,01% des dépenses de X2 contre 30,92% de celles de Y2. Ces résultats sont illustrés dans les graphiques comparatifs suivants:

II-A-4 : Graphiques comparatifs des dépenses de médicaments parmi les autres dépenses de X2 et Y2 en 1999 et 2000.



Selon ces graphiques, X1 et X2 ont les pourcentages les plus élevés en médicaments.

Tout ceci est résumé dans le tableau récapitulatif suivant ci-dessous :

II-A-5 : *Tableau récapitulatif de répartition en pourcentage des dépenses totales entre salaires du personnel, médicaments et « Autres » selon les structures en 2000.*

Rubriques	Toit rouge X1	Attié Y1	Abobo X2	Marcory Y2
Personnel	39.88	54.63	40.18	51.37
Médicaments	41.62	10.50	34.81	17.71
Autres	18.5	34.87	25.01	30.92
Total	100.00	100.00	100.00	100.00

Les activités réalisées ont permis de mesurer notre deuxième indicateur de l'efficacité allocative.

II-B- Les activités réalisées

Elle s'appréciera par rapport au pourcentage des principales activités des formations à travers des tableaux comparatifs.

II-B-1: Tableaux comparatifs des volumes et pourcentages des principales activités de X1 et Y1 en 1999 en 2000:

Toit rouge X1:

	1999		2000	
	Volume	Pourcentage	Volume	Pourcentage
C.médicales	34293	34.95	40070	38.28
C.gynécologiques*	559	0.56	561	0.53
CPN	8917	9.08	6491	6.20
Accouchement	3165	3.22	3397	3.24
Vaccinations et pesées	38488	39.22	39215	37.47
Soins infirmiers	12691	12.93	14923	14.25
Totaux	98113	100	109547	100

Attie Y1:

	1999		2000	
	Volume	Pourcentage	Volume	Pourcentage
C.médicales	50736	27.41	61591	31.61
C.gynécologiques	4939	2.66	4858	2.49
CPN	19577	10.58	15385	7.89
Accouchement	5912	3.19	5841	2.99
Vaccinations et pesées	94357	50.99	96741	49.66
Soins infirmiers	9514	5.14	10373	5.32
Totaux	185035	100	194789	100

Y1 présente de loin les plus grands volumes d'activités.

Les consultations médicales, les vaccinations et pesées sont les activités les plus réalisées dans les deux formations.

Mais alors que les consultations médicales représentaient 27.41% et 31.61% du volume total des activités de Y1, elles représentaient 34.95% et 38.28% de celui de X1.

Les soins infirmiers qui représentaient 5.14% et 5.32% du volume d'activités de Y1, représentaient 12.93% et 14.25% de celui de X1.

Au niveau des CPN, elles représentaient 9.08% et 6.20% à X1 contre 10.58% et 7.89% à Y1.

Pour les vaccinations, alors qu'elles représentaient 50.99% et 49.66% des activités de Y1, elles représentaient 39.22% et 37.47% du volume d'activités de X1. Qu'en est-il de X2 et de Y2?

CESAG - BIBLIOTHEQUE

II-B-2: Tableaux comparatifs des volumes et pourcentages des principales activités de X2 et Y2 en 1999 et 2000:

Abobo X2

	1999		2000	
	Volume	Pourcentage	Volume	Pourcentage
C.médicales	25740	38.98	28379	41.26
C.gynécologiques*	774	1.17	769	1.11
CPN	11911	18.04	11381	16.54
Accouchement	4956	7.5	5458	7.93
Vaccinations et pesées	18008	27.27	18412	26.77
Soins infirmiers	4628	7.01	4377	6.36
Totaux	66017	100	68776	100

Marcory Y 2

	1999		2000	
	Volume	Pourcentage	Volume	Pourcentage
C.médicales	31061	25.11	32644	26.58
C.gynécologiques	10553	8.53	10053	8.18
CPN	18461	14.92	14243	11.59
Accouchement	5863	4.74	5196	4.23
Vaccinations et pesées	48201	38.98	50288	40.95
Soins infirmiers	9514	7.69	10373	8.44
Totaux	123653	100	122797	100

Y2 enregistre les plus grands volumes d'activités.

Les consultations médicales, les vaccinations, les pesées et les CPN sont les activités les plus exercées dans ces deux formations.

Mais alors que les consultations médicales représentaient 38.98% et 41.26% des activités de X2, elles ne représentaient que 25.11% et 26.58% des activités de Y2.

Les CPN, représentaient 18.04% et 16.54% des activités de X2 contre 14.92% et 11.59% de celles de Y2.

Les vaccinations et pesées ne représentaient que 27.27% et 26.77% à X2 alors qu'elles représentaient 38.98% et 40.95% des activités de Y2.

Le tableau qui suit donne un récapitulatif de ces activités.

II-B-3: *Tableau récapitulatif des pourcentages des activités par rapport au volume des principales activités selon les structures en 2000:*

	Toit rouge X1	Attié Y1	Abobo X2	Marcory Y2
C. médicales	38.28	31.61	41.26	26.58
C. gynéco	0.53	2.49	1.11	8.18
Soins infirmiers	14.25	5.32	6.36	8.44
Total curatif	53.06	39.42	48.73	43.2
Accouchements	3.24	2.99	7.53	4.23
CPN	6.2	7.89	16.54	11.59
Vaccinations et pesées	37.47	49.66	26.77	40.95
Total préventif	43.67	57.55	43.31	52.54

De ce tableau, on constate que c'est le curatif qui a le pourcentage le plus élevé à X1 et X2 alors que c'est le préventif qui a le pourcentage le plus élevé à Y1 et Y2.

Cependant, les activités les plus exercées sont les consultations médicales, les vaccinations et pesées.

Les résultats présentés méritent d'être discutés.

Chapitre II : Discussion

Nous évoquerons quelques limites méthodologiques avant de discuter les résultats.

Section I : Limites méthodologiques:

Ces limites sont liées au choix de l'échantillon et à la généralisation des résultats.

Paragraphe I : Choix de l'échantillon

Les formations sanitaires soumises à notre étude sont certes de même niveau mais elles présentent quelques différences.

En effet, les formations classiques (Y1 et Y2) sont des structures anciennes créées à l'image des structures publiques. Ainsi, de par leur taille, elles sont différentes des formations contractuelles.

Quant à X1 et X2, ce sont des formations récentes avec une nouvelle politique. Le fait qu'elles soient nouvelles peut aussi être de nature à agir sur les résultats obtenus.

Paragraphe II : Résultats

Nos résultats doivent être pris avec certaines réserves en ce sens qu'ils ne concernent que quelques formations sanitaires et seulement deux années d'exercice (1999 et 2000).

Il aurait été intéressant de faire cette étude sur une longue période pour voir si les résultats obtenus sont statistiquement différents. Mais les données d'une longue période nous ont fait défaut. En outre, la charge de travail n'étant pas disponible, nous l'avons estimée.

Ces limites n'affectent cependant pas l'objectivité de notre discussion en ce sens que le mode de fonctionnement de ces formations demeure inchangé.

Section II : Discussion liée aux hypothèses

❖ H1: le personnel des FSU COM n'absorbe pas la quasi-totalité des dépenses de fonctionnement:

Alors que le personnel de X1 absorbait 40.17% et 39.89% des dépenses de fonctionnement, celui de Y1 accaparait 59.35% et 54.63% pour les deux années d'exercice.

Il en va ainsi pour le personnel de X2 qui n'absorbait que 35.30% et 40.18% des dépenses de fonctionnement contre 48.02% et 51.37% pour celui de Y2.

Deux raisons principales pourraient justifier ce fait.

D'abord, Y1 et Y2, les formations classiques ont un effectif largement supérieur à celui de X1 et X2, les formations sous arrangements contractuels.

Ensuite, le personnel de Y1 et Y2 étant en majorité composé de fonctionnaires, leur traitement est coûteux par rapport à celui de X1 et X2 où il est recruté par les associations gestionnaires.

En effet, X1 et X2, pour assurer leur équilibre financier sont obligés de recruter le personnel nécessaire pour la réalisation de leurs activités. Ce qui montre leur souci de produire au moindre coût.

En fait, lorsque le traitement du personnel est assuré par une entité autre que l'Etat, l'accent est plus mis sur la rationalité des dépenses salariales.

C'est le cas de X1 et X2 où la majorité des agents est recrutée et rémunérée par les associations avec les ressources générées par les recettes des formations sanitaires.

Il en va ainsi pour Y2, la formation classique de Marcori qui en 1999 n'allouait que 48.02% de ses dépenses de fonctionnement à son personnel.

Ce relatif faible pourcentage s'explique par le fait que la Mairie participait à hauteur de 30.08% des dépenses du personnel en 1999.

Mais en 2000, l'affectation des agents de l'Etat ayant augmenté son effectif de 108 à 118, son traitement est alors passé de 48.02% à 51.37% des dépenses de fonctionnement de la formation.

Ces résultats sont conformes à ceux d'autres études. En effet, U. Carrin²⁴ faisant allusion à la Guinée souligne que la part des salaires du personnel du secteur public de santé dans les pays les plus démunis, accapare plus de la moitié de leurs dépenses de fonctionnement.

Dans les services contractuels, (Fiedler 1990, 1991; Gish 1991)²⁵ l'expérience de Prosalud en Bolivie a consisté à réduire substantiellement les dépenses allouées au personnel en employant moins de personnes.

Cependant, cet exemple se distingue peu de celui de notre cas d'étude. En effet, la stratégie de Bolivie en réduisant le nombre de personnes et donc la masse salariale, a offert un salaire garanti et une gratification en fonction de la performance des services.

Mais dans notre cas, le personnel ne bénéficie d'aucune garantie financière. Il est composé de personnels vacataires qui sont soit des médecins soit des paramédicaux qui viennent de finir leurs études mais qui ne sont pas encore recrutés par l'Etat.

Ils sont payés par journée de travail. Il est vrai que ce mode de paiement incite le prestataire à être régulier au travail mais il ne lui assure aucune garantie. Ce

²⁴U. Carrin, Environnement macro économique et Santé avec étude de cas dans les pays les plus démunis, OMS, 1995 P. 168

²⁵ Cité par Anne Mills in Marketing Education and Health in Developing Countries : Miracle or Mirage ? Ed Colclough C., Clarendon Press, Oxford, 1997, P. 256

qui pose le problème de la pérennité de ces formations puisque le personnel est toujours tenté à intégrer la fonction publique où il espère avoir une sécurité financière et statutaire garantie. Ce souci de partir pose le problème de fidélisation des clients qui préfèrent se confier à un prestataire donné.

Ces problèmes de pérennité et de fidélisation des clients seraient résolus si les dispositions des différentes conventions prévoyaient le mode de recrutement et de traitement des prestataires.

Or les conventions se contentent de dire à l'al.2 de l'art.4 que « *les diplômés des personnels seront tenus à la disposition du MSP* ». Il est clair que même si elles sont à but non lucratif, elles sont soumises à un équilibre financier. La conséquence logique est que comme tout producteur, ces associations chercheront à minimiser leurs dépenses, donc celles du personnel, optimiser et accumuler les ressources pour assurer leur autonomie financière.

En considérant l'expérience du Prosalud en Bolivie, on pourrait dire que ce n'est pas l'outil qui met en péril la pérennité de ces formations mais ses dispositions.

Mais toujours est il que les pourcentages élevés des dépenses du personnel de Y1 et Y2 agissent sur ceux consacrés aux autres dépenses de fonctionnement.

Ainsi, alors que X1 consacrait 59.83% et 60.11% de ses ressources aux autres dépenses de fonctionnement, Y1 ne consacrait à ces dépenses que 40.65% et 45.37% de ses dépenses totales.

De même, tandis que X2 consacrait 64.70% et 59.82% de ses ressources aux autres dépenses de fonctionnement, Y2 n'y consacrait que 51.98% et 48.63% .

C'est dire que les ressources de Y1 et Y2 sont plus absorbées par le personnel alors que ce sont les autres dépenses de fonctionnement qui absorbent plus les ressources à X1 et X2.

Ce qui leur donne le pouvoir financier de mieux faire fonctionner leurs services que les formations classiques.

Ce bon fonctionnement de services peut expliquer une meilleure productivité des services de X1 et X2.

❖ ***H2: le personnel des FSU COM est plus productif que celui des formations classiques:***

La productivité a été mesurée par deux indicateurs: la productivité en termes d'activités réalisées par prestataire par an et en termes de taux d'utilisation du temps des prestataires.

- ***La productivité en termes d'activités réalisées par prestataire par an***

Nos résultats ont permis de comprendre que la productivité des personnels de X1 et X2 est largement supérieure à celle de Y1 et Y2.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette différence de productivité mais trois sont particulièrement intéressants.

D'abord cette différence de productivité est due au nombre de prestataires de ces formations.

En effet, Y1 et Y2 ont des personnels pléthoriques. Alors plus le personnel est nombreux, moins il travaille.

Mais à X1 et X2, le personnel est restreint, alors moins il est nombreux, plus il travaille.

Ensuite, cette différence de productivité est en partie expliquée par la gestion et l'organisation de ces formations.

Leur technique de gestion leur permet d'avoir une forte disponibilité de médicaments qui pourrait attirer la clientèle.

Au niveau de l'organisation, dans les formations classiques, le personnel surtout médical arrive au service non selon les exigences de l'établissement mais selon son propre programme.

Durant nos collectes de données, nous avons constaté que dans les formations classiques, même si les paramédicaux arrivaient au plus tard à 8 heures, la majorité des médecins arrivaient au plus tôt à 9 heures.

Or dans les formations sous arrangements contractuels, tout le personnel, une fois recruté, est tenu au respect des règles de conduite en cours dans l'établissement comme le dit le contrat de travail les engageant.

Ainsi, ils arrivent au service à l'heure d'ouverture c'est à dire 7h 30mn.

Par exemple au Toit rouge, un cahier de présence est déposé à l'entrée de la formation et doit être émarginé par chaque agent à son arrivée. Après 8 heures, il est retiré par le gestionnaire.

Le personnel fonctionnaire pour éviter de se sentir « marginalisé » se voit obligé de venir aussi à l'heure. Il est en fait influencé par l'environnement.

Enfin, dans les formations contractuelles, les prestataires savent que la viabilité financière de ces formations est une source de sécurité pour eux, il faut donc maximiser la production pour garantir cette viabilité.

Nos résultats vont dans le même sens qu'une étude faite en Afrique du Sud où Anne Mills et Jonathan Broomberg²⁶ ont montré que les hôpitaux sud africains sous arrangements contractuels avec une faible dotation en personnel, sont hautement productifs.

Cette forte productivité des personnels de X1 et X2 est aussi traduite par le taux de leur temps d'utilisation.

²⁶ Anne Mills et Jonathan Broomberg, experiences of contracting overview of literature, Technical paper, OMS, July 1998 P.23

• ***La productivité en termes du taux du temps d'utilisation du personnel:***

Selon les résultats de notre étude, les personnels de X1 et X2 ont le plus haut pourcentage du temps de travail théorique sauf au niveau des paramédicaux du dispensaire qui sont souvent affectés par le MSP ou la municipalité d'accueil.

Le faible taux d'utilisation de ces paramédicaux se justifie par le fait qu'ils n'exercent que les soins infirmiers. Or en fonction de la charge à accomplir, les soins infirmiers ne constituent pas un volume important d'activités à réaliser. Ce qui voudrait dire que par rapport à la tâche à accomplir, ils sont en surnombre.

Quant aux taux d'utilisation élevés des autres prestataires de X1 et X2, cela se justifie d'abord par le fait qu'ils sont moins nombreux.

Ensuite les personnels de X1 et X2 vivant de leur vacation n'ont pas de congé.

Mais une trop forte utilisation de ces personnels pourrait entamer la qualité des soins.

Par exemple, selon nos résultats, une sage femme de X2 (Abobo) faisait 1239 accouchements en 1999 et 1364.5 en 2000, soit 4.5 accouchements par jour en 1999 et 4.95 en 2000.

Si nous considérons nos hypothèses de 46 semaines de travail dans l'année et 2 heures pour réaliser un accouchement, la sage femme fait en moyenne 9 heures de temps de travail dans la journée. Or la journée fait 8 heures. Ce qui traduit naturellement une surcharge de cette dernière. Cette surcharge implique la fatigue qui est de nature à affecter la qualité des soins.

Quant aux formations classiques, leur personnel présente un faible niveau d'efficacité de leur temps de travail.

Le niveau généralement faible du temps d'utilisation du personnel des formations classiques aura des implications sur les coûts de production dans la mesure où le

personnel étant un coût fixe, sa faible utilisation se traduira par des coûts de production plus élevés. A contrario, la présence d'autres inputs nécessaires augmentent le niveau d'utilisation et conduira à un coût de production plus faible dans les FSU COM.

Le taux d'utilisation du personnel devrait permettre de résoudre le problème de l'adéquation entre personnel et charge de travail.

❖ H3 : Le personnel des FSU COM n'est pas en surnombre par rapport à la charge de travail :

Selon nos résultats, X1 et X2 ne connaissent pas un surnombre d'agents pour la réalisation de leurs activités sauf au niveau du dispensaire où les paramédicaux sont affectés soit par le MSP soit dans quelques rares cas par la Mairie.

Anne Mills et Jonathan Broomberg²⁷ notent que les hôpitaux sous arrangements contractuels en Afrique du Sud fonctionnent avec une faible dotation en personnel.

A Y1 et Y2, le personnel est en surnombre dans tous les services.

Ce surplus de personnel dans le secteur public de santé a été stigmatisé par une étude faite en Ouganda (Republic of Uganda, 1991)²⁸.

Selon cette étude, le personnel du secteur public de santé pouvait être réduit de 30% sans toutefois affecter la qualité et la quantité des services.

Cet état de fait se justifie par le fait que par les conventions, les structures sous arrangements contractuels sont autonomes donc soumises à un équilibre financier. Pour l'assumer, ces associations sont tenues de recruter juste le

²⁷ op cit P. 23

²⁸ Cité par Anne Mills in Marketing Education & Developing Countries : miracle or mirage ? Ed, Colclough C. , Clalerton Press, Oxford, 1997 P.249

personnel qu'il faut pour atteindre au moindre coût leurs objectifs. Le personnel est donc recruté selon les besoins des services. Or dans les structures classiques, il est recruté non en fonction des besoins des services mais souvent, en fonction des « besoins des autorités » alors que d'autres formations à l'intérieur du pays manquent de personnel.

En clair, l'Etat alloue plus mal que les structures jouissant d'une autonomie de gestion qui sont responsables de l'allocation de leurs ressources.

Par exemple, en 2000, on notait un surplus de 3 médecins, 39 infirmiers et sages femmes à Y1.

En termes monétaires, en considérant le salaire de base de ces agents, le solde correspond à environ 86.688.288 millions de francs Cfa.

A Marcory, on notait un surplus de 2 médecins, 18 infirmiers et sages femmes ce qui donne un manque à gagner de 42.212.160Fcf.

Ce surplus de personnels traduit la mauvaise utilisation du personnel, ce qui affecte l'efficacité productive de ce secteur public de santé.

Il ressort de ce qui suit que X1 et X2 font une meilleure adéquation entre personnel et charge de travail, ce qui devrait traduire leur capacité à orienter leurs ressources vers les actions jugées utiles pour la population.

❖ ***H4- : les médicaments sont plus disponibles dans les FSU COM:***

Selon nos résultats, le personnel de Y1 et de Y2 accaparait un pourcentage élevé des dépenses de fonctionnement de ces formations.

Outre le personnel, le chapitre "Autres" accapare une proportion importante des dépenses de fonctionnement des formations classiques. En effet, durant les deux exercices, Y1 a alloué à ce chapitre, 30.34% et 34.87% de ses dépenses totales alors qu'il n'absorbait que 21.87% et 18.5% à X1.

A Y2, ce chapitre accaparait 38.25% et 30.92% contre 26.35% et 25.01% des dépenses de fonctionnement à X2.

Ces dépenses sont élevées à Y1 et Y2 car ces formations comprennent beaucoup de bâtiments et sont dotées d'équipements dont l'entretien est coûteux pour elles alors que X1 et X2, les formations sous arrangements contractuels comprennent moins de bâtiments et ne sont pas dotées d'équipements lourds dont l'entretien leur reviendrait coûteux.

Il est vrai qu'on ne peut pas imputer directement ce fait à la contractualisation. Mais la contractualisation en imposant l'équilibre financier au producteur le contraint à choisir la meilleure stratégie pour minimiser ses dépenses. Ainsi, au lieu de bâtir sur de vastes terrains, on a la possibilité d'économiser en construisant des bâtiments modestes dont l'entretien serait moins coûteux.

En outre à Y1 et à Y2, la consommation de téléphone, électricité et l'eau étant assurée par le pouvoir public, est exagérée.

Par exemple, en 1999, la consommation de téléphone était de 17.555.732 Fcfa à Y1 et 5.338.082 Fcfa à Y2 alors qu'elle n'était que 1.660.950 Fcfa au Toit rouge X1 et 1.514.641 à Abobo X2.

Cette consommation est faible à X1 et X2 parce que assurée par elles-mêmes, elle est mieux gérée. Son accès est filtré par le gestionnaire. Or dans les formations classiques Y1 et Y2, le téléphone étant la chose "publique" tout le monde "se sert" à tour de rôle.

Mais que ce soit dans les formations contractuelles (X1 et X2) ou dans les formations classiques (Y1 et Y2), dès qu'une charge est assurée par une tierce personne, elle est moins contrôlée.

Ainsi en 1999, X2 où la charge de l'eau est assurée par elle-même, elle n'était que de 1.727.171 Fcfa alors qu'elle était 4.422.273 Fcfa à X1 où elle est supportée par la mairie.

Cette consommation est presque voisine à celle de Y2 qui était 4.608.647 Fcfa. Or Y2 a plus de services que X1.

C'est dire que la contractualisation en responsabilisant davantage les formations sanitaires les incite à mieux contrôler leurs dépenses.

Il n'y a certes pas de norme exacte de partage des dépenses de santé entre les inputs d'une formation sanitaire. Mais il va de soi que lorsque le personnel et le chapitre "Autres" absorbent la quasi-totalité des dépenses de fonctionnement, il n'y aura pas assez de ressources pour faire face aux médicaments qui attirent plus les clients.

Dans ce sens, U. Camen et G. Carrin²⁹ soulignent que la part des salaires dans le budget récurrent de la santé qui a augmenté de 60.9% en 1989 à 87.8% en Guinée en 1992 a sérieusement bloqué les dépenses complémentaires dont les médicaments.

Ainsi, Y1 et Y2 où le personnel et le chapitre "Autres" absorbent la quasi-totalité des dépenses de fonctionnement, ils n'ont accordé respectivement que 10.31% ; 10.5% et 13.73% ; 17.71% du total de leurs dépenses aux médicaments.

Quant à X1 et X2, où les pourcentages accaparés par le personnel et le chapitre "Autres" sont relativement faibles, ils ont respectivement alloué aux médicaments, 37.96% ; 41.62% et 38.35% ; 34.81% soit plus du double de ceux de Y1 et Y2.

C'est dire que X1 et X2 se caractérisent par une forte disponibilité de médicaments. Cette forte disponibilité de médicaments s'explique par le mode de gestion.

En effet, X1 et X2 étant autonomes, ils ont le pouvoir nécessaire d'élaborer et d'exécuter un plan adéquat de redéploiement du personnel. Ainsi, en minimisant

²⁹ U. Camen et G. Carrin, Environnement macro économique avec étude de cas dans les pays les plus démunis, OMS, 1995 PP. 115-116

les ressources allouées au personnel et au chapitre "Autres", ces formations ont les ressources nécessaires pour fournir leur pharmacie.

Mais dans les formations classiques, les gestionnaires n'ont aucun pouvoir de redéploiement du personnel. Les ressources étant absorbées par le personnel et par le chapitre "Autres", elles se trouvent financièrement limitées à faire face aux médicaments.

Au fond, ces lignes budgétaires agissent au niveau macro sur le budget alloué au MSP et pèsent indirectement sur les ressources allouées aux médicaments et vaccins.

Or dans une étude faite au Mali, Brunel, Jaily et al.³⁰ ont montré que le taux de fréquentation des structures sanitaires pourrait être considérablement augmenté si les malades sont assurés de trouver à prix abordable, dans les structures d'accueil, les médicaments prescrits. C'est dire que X1 et X2 allouent leurs ressources aux actions jugées prioritaires par la population. Mais la satisfaction de la population doit aller au-delà des médicaments.

H5 : Les activités préventives sont plus exercées dans les FSU COM

Selon nos résultats, les activités les plus exercées sont les consultations médicales, les vaccinations et les pesées.

Les consultations médicales représentent 34.95% et 38.28% des principales activités de X1 contre 27.41% et 31.61% de celles de Y1.

A X2, les consultations médicales représentent 38.22% et 41.26% des activités retenues contre 25.11% et 26.58% de celles de Y2.

Pour les vaccinations et pesées, elles représentaient 39.22% et 37.47% des activités de X1 contre 50.99% et 49.66% de celles de Y1.

Elles représentent 27.27% et 26.77% des activités de X2 contre 38.90% et 40.95% de celles de Y2.

C'est dire que les activités les plus exercées de X1 et X2 sont les consultations médicales, celles de Y1 et Y2 sont les vaccinations et pesées.

En clair, alors que le curatif représentait en 2000, 53.06% des principales activités de X1 et 48.73% de celles de X2, il ne représentait que 39.42% des activités de Y1 et 43.2% de celles de Y2. Quant au préventif, tandis qu'il représentait 57.55% des principales activités de Y1 et 52.54% de celles de Y2, il ne représentait que 43.67% des activités de X2 et 43.31% de celles de X2.

Cela se justifie par le fait que soucieux de leur équilibre financier, X1 et X2 ont une préférence pour les activités curatives qui rapportent plus au détriment des activités préventives. Or la santé est génératrice d'externalités et le préventif combat plus ces externalités. En minimisant donc les activités préventives au profit du curatif, la population se trouve plus exposée à ces externalités.

Ces résultats sont conformes à ceux d'une étude faite en Tanzanie (Gilson, 1992). Selon cette étude, les résultats des dispensaires missionnaires contractuels n'étaient pas meilleurs que ceux du gouvernement quant aux activités préventives.

Cela pourrait se justifier par les faiblesses des conventions. Il est vrai que les conventions précisent les prestations qui doivent être produites. Mais elles ne vont pas au-delà quant à la tendance de ces prestations. En plus, elles ne prévoient pas des dispositions relatives à l'évaluation des activités.

³⁰Brunnel Jailly et al., Environnement macro économique avec étude de cas dans les pays les plus démunis, OMS, 1995, PP.233-234

Dans ce sens, Jean Perrot³¹ note que « *la convention d'association au service public sanitaire et social entre le MSP et les Associations des formations sanitaires d'Abidjan ne prévoit pas explicitement d'évaluation des résultats, c'est à dire une comparaison entre les résultats escomptés et les résultats obtenus* »

Cela a été aussi stigmatisé par Anne Mills et al³². Pour eux, les contrats passés entre le pouvoir public et une compagnie privée pour la gestion des hôpitaux en Afrique du sud ne prévoient ni les obligations du contractant ni une évaluation de la performance. Et malgré la subvention substantielle que l'Etat accorde aux églises, aucune disposition ne précise quelles prestations devraient être produites, à quel prix et avec quelle qualité?

Il est évident qu'il est difficile de préciser avec exactitude la tendance des activités à réaliser ou d'imposer une qualité « standard ». Mais l'on pourrait penser à insérer dans les conventions, des avantages financiers en fonction des résultats. Sinon, il va de soi que, le secteur privé soucieux de son équilibre financier ne peut privilégier que les activités lucratives donc, curatives, d'où la nécessité de faire certaines recommandations pour y remédier.

³¹ Jean Perrot, Organisation des systèmes de santé : le partenariat basé sur des relations contractuelles, Draft /OMS/ HQ/EIP/HFS, juin 2001

³² Anne Mills et al., Efficiency of district hospital : is contracting an option ? Vol. 2 No 2 February 1997 PP. 119

Recommandations :

❖ *Pour les formations classiques:*

- Donner plus d'autonomie aux autorités de district pour qu'elles aient le pouvoir nécessaire pour élaborer et exécuter un plan de redéploiement du personnel;
- Allouer plus de ressources aux médicaments qui créeront leur propre demande;
- Sensibiliser le personnel à une utilisation plus rationnelle de l'eau, électricité et surtout le téléphone....

❖ *Pour les FSU COM:*

- Que des journées de formation et d'information soient menées à la faveur des différents acteurs impliqués dans la contractualisation pour mieux expliquer ses enjeux en vue d'une meilleure maîtrise de cet outil;
- Que l'autorité de tutelle détermine de concert avec la fédération des associations, les conditions de recrutement et du traitement du personnel soignant afin de leur offrir une sécurité pour garantir la pérennité de ces formations et la fidélisation des clients;
- Redéfinir les termes des conventions pour préciser le mode d'organisation, de fonctionnement et de gestion des formations sanitaires;
- Que les dispositions des conventions précisent les modes d'évaluation et des primes d'intéressement en fonction des résultats des associations ;
- Que les prestataires ne soient pas trop utilisés pour ne pas affecter la qualité des soins ;
- Redynamiser la fédération des associations afin de contracter les activités préventives avec l'autorité de tutelle;

- Que les associations dirigeantes tissent un partenariat avec les ONG locales et extérieures afin de bénéficier des subventions locales ou étrangères pour promouvoir davantage le préventif;
- Qu'une action soit menée pour l'émergence de structures d'appui comme les mutuelles, les ONG... pour aider à supporter les activités préventives ;
- Que les membres du conseil d'administration ne dépendent pas financièrement de la formation sanitaire afin d'éviter que ceux-ci s'immiscent dans la gestion financière de ces formations...

Conclusion:

Les formations inscrites dans la logique de la contractualisation avec un faible effectif de personnel, une basse masse salariale et une forte disponibilité de médicaments, présentent de meilleurs indicateurs d'efficacité.

Cependant, en l'absence de certaines dispositions, elles semblent être plus préoccupées par leur équilibre financier. Ce qui pourrait compromettre la capacité de l'outil à susciter l'efficacité des structures de santé. Il importe donc de chercher à le maîtriser et à procéder à des évaluations constantes de cette technique car en réalité, qu'elle soit basée sur une relation construite ou sur les règles issues du marché, sa non maîtrise pourrait faire d'elle, un mauvais outil.

Il est évident que la réalisation de certaines actions requiert des activités de formation, supervision, mobilisation sociale etc... et donc des ressources dont les associations ne disposent pas. L'appui d'un bailleur de fonds apparaît alors nécessaire pour le démarrage de ces activités. Mais un plan d'action est nécessaire pour obtenir cet appui.

BIBLIOGRAPHIE:

- 1- Anne Mills & Jonathan Broomberg, Experiences of contracting: an overview of literature, Technical paper, OMS, july 1998
- 2- Anne Mills, Charles Hongoro and Jonathan Broomberg, Improving the efficiency of district hospital: is contracting an option? Tropical Medecine and International Health, Volume 2 No. 2 February 1997
- 3- Anne Mills, Improving the efficiency of Public Sector Health Services in Developing countries: Bureaucratic versus markets approaches IN Marketizing Education & Health in Developing Countries : miracle or mirage ? Ed Colclough C., Clalardon Press, Oxford, 1997
- 4- B-Otch, A. Yao: Conditions juridiques de la pérennisation des formations sanitaires urbaines à base communautaire d'Abidjan, (Rapport final), Mai 1999
Christine Ortiz & Hortense Dogaud, Séminaire Atelier: les mutuelles de santé en Afrique: concept importé ou réalité émergente? Expériences et perspectives, Cidef, Paris 27-29 mai 1998
- 5- Contandropoulos A-P, Savoir préparer une recherche, la définir, la structurer, la financer, Presses Universitaires de Montréal, 1990
- 6- Coûts, utilisation des ressources et financement des services de santé de district : Etude de cas: District d'Obala (Cameroun), Unité de gestion pour l'initiative de Bamako, Unicef, Atelier sur les coûts et le financement des services de santé de District, Cameroun 5-16 juillet 1993
- 7- District sanitaire d'Abidjan ville, MSP, 2000
- 8- Emmanuel Escalon, les conditions économiques de la pérennisation des formations sanitaires urbaines à base communautaire d'Abidjan, Projet Santé Abidjan, (Rapport final), 2è édition 2000

- 9- Hervé Lafarge, Cadre d'analyse des systèmes de santé, Notes de Cours
- 10- Ismaïla Masior Fall, Décentralisation et contractualisation dans le secteur de la Santé Publique au Sénégal, MSP, 2000 (?)
- 11- Jean Perrot, l'approche contractuelle <http://www.med.hokudai.ac.jp~senior-w/oth-lec/cont/001-htm>
- 12- Jean Perrot, Organisation des systèmes de santé: le partenariat basé des relations contractuelles, Draft/OMS/HQ/EIP/HFS/ juin 2001
- 13- Kara Hanson, Lucy Gilson, Coûts, utilisation des ressources et financement des services de santé de district: guide méthodologique, Seconde édition, Unicef : l'Initiative de Bamako, Rapport technique, Numéro 34
- 14- Rapport mondial sur la santé, OMS, 2000
- 15- Rapports d'activités et états des dépenses des formations de l'étude, MSP, 1999-2000
- 16- René Dégni Ségui, Droit administratif général, 2^e édition, 1996
- 17- U. Camen et G. Carrin, Environnement macro-économique et santé avec étude de cas dans les pays les plus démunis, Actualités scientifiques, OMS, 1995

ANNEXES:

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DES
AFFAIRES SOCIALES DE COTE D'IVOIRE

DIRECTION DES ETABLISSEMENTS
SANITAIRES ET SOCIAUX

CONVENTION D'ASSOCIATION AU SERVICE PUBLIC
SANITAIRE ET SOCIAL

Entre

Le Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales ci-après représenté par le
Ministre de la Santé Publique et des Affaires Sociales, M. le Pr. KAKOU GUIKAHUE
Maurice,

d'une part

et l'Association pour la Formation Sanitaire Urbaine à base Communautaire de Toit
Rouge Nouveau Quartier (AFOSUC), association privée à but non lucratif dont le siège est fixé
à Toit Rouge Yopougon, enregistrée sous le numéro 1285, représentée par le Président en
exercice M. KOFFI Georges

d'autre part

Considérant

Les objectifs de la politique sanitaire et sociale de Côte d'Ivoire et la nécessité de
promouvoir dans ce cadre un véritable service public sanitaire et social ouvert aux
établissements privés à but non lucratif.

La volonté de l'AFOSUC de participer à l'exécution de ce service public sanitaire et
social.

L'article 9 du décret numéro 91.814 du premier septembre 1991 relatif à l'association,
par convention, des établissements privés au service public sanitaire et social.

La mise à disposition de l'AFOSUC par la mairie de Yopougon, d'un local situé au
Quartier Toit rouge, destiné à abriter des activités sanitaires

Il a été arrêté et convenu ce qui suit:

Article 1: La présente convention a pour objet de préciser les modalités de l'association de
l'AFOSUC au service public sanitaire et social.

Article 2: Les missions de l'AFOSUC sont:

- de dispenser les soins de premier niveau et les soins de santé primaires en milieu urbain dans les quartiers Toit Rouge et Nouveau Quartier à Yopougon,
- de promouvoir la santé par l'éducation sanitaire en milieu urbain à Yopougon,

Elles s'exercent sous le contrôle du Ministre de la Santé Publique et des Affaires Sociales,

Article 3: Dans le cadre de sa mission, l'AFOSUC s'engage à faire exercer les activités suivantes par la Formation Sanitaire Urbaine à base Communautaire (FSU-C) de Toit Rouge:

- les consultations effectuées par des médecins,
- les soins infirmiers,
- les consultations de santé maternelle et infantile: prénatales, postnatales, planification familiale, suivi des enfants sains, vaccinations selon le programme élargi de vaccination,
- les activités d'éducation pour la santé vis-à-vis des populations, dans les murs et hors les murs de la FSU-C de Toit Rouge,
- les actes de petite chirurgie.

Article 4: L'AFOSUC s'engage à doter la FSU-C de Toit Rouge du personnel nécessaire en nombre et qualité, pour faire face à l'exercice des activités énumérées à l'article trois ci-dessus. Les diplômes des personnels seront tenus à la disposition du Ministre de la Santé Publique et des Affaires Sociales.

Article 5: Dans le cadre de la réalisation de sa mission, l'AFOSUC s'engage à faire admettre par la FSU-C de Toit Rouge tous les patients, sans discrimination, relevant de ses activités. Si la FSU-C de Toit Rouge n'a pas les moyens de dispenser les traitements requis par l'état des malades qui se présentent à elle, elle doit les orienter vers une autre formation disposant de ces moyens.

Article 6: La tarification des prestations de la FSU-C sera présentée par l' AFOSUC au Ministre de la Santé Publique et des Affaires Sociales, accompagnée d'un budget prévisionnel des charges et de l'activité, pour visa avant application.

Article 7: La FSU-C de Toit Rouge pourra être sollicitée pour être un terrain de stage pour toutes les catégories de personnel sanitaire et social dans des conditions qui seront précisées par convention particulière.

Article 8: La FSU-C de Toit Rouge pourra être requise en cas d'épidémie ou de catastrophe et pour les campagnes nationales de vaccination.

Article 9: L'AFOSUC s'engage à faire respecter la réglementation ivoirienne en matière de protection sociale et à s'assurer pour garantir sa responsabilité civile.

Article 10: Sous réserve du respect des règles du secret professionnel, l'AFOSUC accepte de communiquer les dossiers médicaux aux médecins des établissements publics, sur demande expresse et circonscrite de ces derniers.

Article 11: L'AFOSUC s'engage à fournir chaque année au Ministre de la Santé Publique et des Affaires Sociales et à ses services compétents :

- Un rapport annuel comportant entre autre des statistiques d'activités et des données épidémiologiques.
- Un état des infrastructures et des équipements.
- Un état des effectifs.
- Les rapports comptables et financiers de l'exercice clos.
- Le budget prévisionnel de l'exercice postérieur à l'année en cours.
- Le Procès-Verbal de l'Assemblée Générale.

Article 12: L'AFOSUC s'engage à fournir au Ministre de la Santé Publique et des Affaires Sociales les informations relatives à ses activités conformément au système de collecte des informations en vigueur dans le secteur public.

Article 13: L'AFOSUC s'engage à ouvrir ses livres de compte à toute requête formulée par les services compétents du Ministre de la Santé Publique et des Affaires Sociales.

Article 14: Le Ministre de la Santé Publique et des Affaires Sociales sera représenté avec voix consultative aux réunions du Conseil d'Administration et aux Assemblées Générales.

Article 15: Le Ministre de la Santé Publique et des Affaires Sociales s'engage à mettre à la disposition de l'AFOSUC pour la réalisation de sa mission les personnels fonctionnaires suivants:

- 2 Sage-femmes:
- 2 Infirmiers diplômés d'état:
- 1 Médecin.

Article 16: Les Formations Sanitaires et Sociales du secteur public peuvent servir de terrain de stage aux personnels de la FSU-C de Toit Rouge, aux frais de l'AFOSUC.

Article 17: Les services compétents du Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales apporteront leur concours à l'AFOSUC pour, dans le cadre de la réglementation nationale, aider l'établissement à bénéficier de l'exonération fiscale et douanière, en cas de don ou d'importation d'équipements.

Article 18: Le Ministre de la Santé Publique et des Affaires Sociales autorisera l'AFOSUC à ouvrir un compte à la Pharmacie de la Santé Publique, pour son approvisionnement en médicaments.

Article 19: Par simple avenant à la présente convention, et avec l'accord des parties, les clauses de la présente convention pourront être modifiées .

Article 20: La présente convention est conclue pour une durée de trois ans. Elle est reconductible après négociation avec les parties concernées. La résiliation par l'une ou l'autre partie est soumise à un préavis de 6 mois.

Article 21: Tout litige qui pourrait survenir dans l'exécution de la présente convention devra être réglé à l'amiable.

A défaut, les règles du contentieux administratif de la Côte d'Ivoire s'appliquent à la présente convention.

Fait à Abidjan

POUR L'A.F.O.S.U.C. POUR LE MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE
ET DES AFFAIRES SOCIALES

LE PRESIDENT

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Koffi Georges', written over a horizontal line.

KOFFI GEORGES

LE MINISTRE

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'PR KAKOU GUIKAHUE MAURICE', written over a horizontal line.

PR KAKOU GUIKAHUE MAURICE

CESAG BIBLIOTHEQUE

**MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
ET DES
AFFAIRES SOCIALES**

République de Côte d'Ivoire
Union-Discipline-Travail

DIRECTION DES ETABLISSEMENTS
SANITAIRES ET SOCIAUX

**CONVENTION D'ASSOCIATION AU SERVICE PUBLIC
SANITAIRE ET SOCIAL**

Entre

Le Ministère de la Santé Publique et des la Affaires Sociales représenté par le Ministre de la Santé Publique et des Affaires Sociales, M. le Pr. MAURICE KAKOU GUIKAHUE,

d'une part

et l'Union pour la Gestion Formation Sanitaire Urbaine à base Communautaire d'Avocatier à Abobo (UGEFOA) association privée à but non lucratif dont le siège est fixé à Abobo Avocatier, enregistrée sous le numéro 1307 du 13 juillet 1995, représentée par le Président en exercice M. ALLE N'CHO FRANÇOIS,

d'autre part

Considérant

Les objectifs de la politique sanitaire et sociale de Côte d'Ivoire et la nécessité de promouvoir dans ce cadre un véritable service public sanitaire et social ouvert aux établissements privés à but non lucratif.

La volonté de l'UGEFOA de participer à l'exécution de ce service public sanitaire et social.

L'article 9 du décret numéro 91.814 du premier septembre 1991 relatif à l'association, par convention, des établissements privés au service public sanitaire et social.

La mise à disposition de l'UGEFOA, par la mairie d'Abobo, d'un local situé dans le quartier Avocatier, ilôt 508 destiné à abriter des activités sanitaires.

Il a été arrêté et convenu ce qui suit:

Article 1: La présente convention a pour objet de préciser les modalités de l'association de l'UGEFOA au service public sanitaire et social.

Article 2: Les missions de l'UGEFOA sont:

-de dispenser des soins de premier niveau et les soins de santé primaires en milieu urbain à Abobo Avocatier,

-de promouvoir la santé par l'éducation sanitaire en milieu urbain à Abobo,

Elles s'exercent sous le contrôle du Ministre de la Santé Publique et des Affaires Sociales.

Article 3: Dans le cadre de sa mission, l'UGEFOSA s'engage à faire exercer les activités suivantes par la FSU-C d'Avocatier à Abobo:

- les consultations effectuées par des médecins, ou à défaut par des infirmiers,
- les soins infirmiers,
- les consultations de santé maternelle et infantile: prénatales, postnatales, suivi des enfants sains, vaccinations selon le programme élargi de vaccination,
- les soins obstétricaux,
- les activités d'éducation pour la santé vis-à-vis des populations, dans les murs et hors les murs de la FSU-C d'Avocatier à Abobo,
- les actes de petite chirurgie.

Article 4: L'UGEFOSA s'engage à doter la FSU-C d'Avocatier à Abobo du personnel nécessaire en nombre et qualité, pour faire face à l'exercice des activités énumérées à l'article trois ci-dessus. Les diplômes des personnels seront tenus à la disposition du Ministre de la Santé Publique et des Affaires Sociales.

Article 5: Dans le cadre de la réalisation de sa mission, l'UGEFOSA s'engage à faire admettre par la FSU-C d'Avocatier à Abobo tous les patients, sans discrimination, relevant de ses activités. Si la FSU-C d'Avocatier à Abobo n'a pas les moyens de dispenser les traitements requis par l'état des malades qui se présentent à elle, elle doit les orienter vers une autre formation disposant de ces moyens.

Article 6: La tarification des prestations de la FSU-C sera présentée par l'UGEFOSA au Ministre de la Santé Publique et des Affaires Sociales, accompagnée d'un budget prévisionnel des charges et de l'activité, pour visa avant application.

Article 7: La FSU-C d'Avocatier à Abobo pourra être sollicitée pour être un terrain de stage pour toutes les catégories de personnel sanitaire et social dans des conditions qui seront précisées par convention particulière.

Article 8: La FSU-C d'Avocatier à Abobo pourra être requise en cas d'épidémie ou de catastrophe et pour les campagnes nationales de vaccination.

Article 9: L'UGEFOSA s'engage à faire respecter la réglementation ivoirienne en matière de protection sociale et à s'assurer pour garantir sa responsabilité civile.

Article 10: Sous réserve du respect des règles du secret professionnel, l'UGEFOSA accepte de communiquer les dossiers médicaux aux médecins des établissements publics, sur demande expresse et circonstanciée de ces derniers.

Article 11: L'UGEFOSA s'engage à fournir chaque année au Ministre de la Santé Publique et des Affaires Sociales et à ses services compétents :

- Un rapport annuel comportant entre autre des statistiques d'activités et des données épidémiologiques.
- Un état des infrastructures et des équipements.
- Un état des effectifs.

- Les rapports comptables et financiers de l'exercice clos.
- Le budget prévisionnel de l'exercice postérieur à l'année en cours.
- Le Procès-Verbal de l'Assemblée Générale.

Article 12: L'UGEFOSA s'engage à fournir au Ministre de la Santé Publique et des Affaires Sociales les informations relatives à ses activités conformément au système de collecte des informations en vigueur dans le secteur public.

Article 13: L'UGEFOSA s'engage à ouvrir ses livres de compte à toute requête formulée par les services compétents du Ministre de la Santé Publique et des Affaires Sociales.

Article 14: Le Ministre de la Santé Publique et des Affaires Sociales sera représenté avec voix consultative aux réunions du Conseil d'Administration et aux Assemblées Générales.

Article 15: Le Ministre de la Santé Publique et des Affaires Sociales s'engage à mettre à la disposition de l'UGEFOSA pour la réalisation de sa mission les personnels fonctionnaires suivants:

-3 Sages-femmes

Article 16: Les Formations Sanitaires et Sociales du secteur public peuvent servir de terrain de stage aux personnels de la FSU-C d'Avocatier à Abobo, aux frais de l'UGEFOSA.

Article 17: Les services compétents du Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales apporteront leur concours à l'UGEFOSA pour, dans le cadre de la réglementation nationale, aider l'établissement à bénéficier de l'exonération fiscale et douanière, en cas de don ou d'importation d'équipements.

Article 18: Le Ministre de la Santé Publique et des Affaires Sociales autorisera l'UGEFOSA à ouvrir un compte à la Pharmacie de la Santé Publique, pour son approvisionnement en médicaments.

Article 19: Par simple avenant, et avec l'accord des parties, les clauses de la présente convention pourront être modifiées .

Article 20: La présente convention est conclue pour une durée de trois ans. Elle est reconductible après négociation avec les parties concernées. La résiliation par l'une ou l'autre partie est soumise à un préavis de 6 mois.

Article 21: Tout litige qui pourrait survenir dans l'exécution de la présente convention devra être réglé à l'amiable.

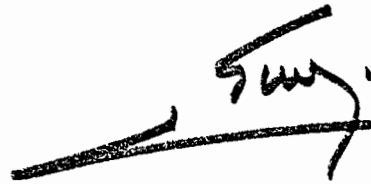
A défaut, les règles du contentieux administratif de la Côte d'Ivoire s'appliquent à la présente convention.

Fait à Abidjan

POUR L'UGEFOA

POUR LE MINISTRE DE LA SANTE
PUBLIQUE ET DES AFFAIRES
SOCIALES

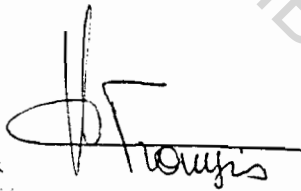
22 JAN 1996




LE PRESIDENT
M. ALLE N'CHO FRANÇOIS

LE MINISTRE
PR MAURICE KAKOU GUIKAHUE





CESAG - BIBLIOTHEQUE

ANNEXE 1 : Hypothèses permettant d'évaluer l'allocation du temps des prestataires :

Année=52 semaines

Soit un agent de santé a droit à 4 semaines de congé annuel et 2 semaines de congé d'empêchement donc 6 semaines de non travail.

$$52-6= 46$$

Donc 46 semaines de travail dans l'année.

Médecins :

Temps de consultation : 15 mn

Administration, préparation et formation continue : 5 h dans la semaine

2 soirs libres : 7 h dans la semaine

consultation : 28 h dans la semaine

Total : 40 h dans la semaine

Nombre de patients susceptibles d'être vus par semaine :

$$(28*60)/15= 112$$

Nombre de patients susceptibles d'être vus en un an :

$$112*46= 5152$$

Il arrive que les médecins viennent une fois par semaine comme le cas des médecins gynécologues dans les FSU COM:

Donc on aura:

Nombre de patients susceptibles d'être vus par jour:

$$112 / 5 = 22,5$$

nombre de patients susceptibles d'être vus en un an:

$$22,5*46= 1035$$

Infirmier diplômé d'Etat et sage femme :

Consultation curative: 15 mn

Administration, préparation et formation continue : 2 h dans la semaine

1 jour de repos : 8 h dans la semaine

consultation : 30 h dans la semaine

Total : 40h dans la semaine

Nombre de patients susceptibles d'être vus par semaine :

$$(30 \times 60) / 15 = 120$$

Nombre de patients susceptibles d'être vus en un an :

$$120 \times 46 = 5520$$

Sages femmes accouchements:

Durée moyenne pour réaliser un accouchement: 2 h

Administration, préparation et formation continue : 3 h dans la semaine

1 jour de repos : 8 h dans la semaine

temps disponible de travail : 34 h dans la semaine

Total : 45 h dans la semaine

Nombre d'accouchements susceptibles d'être réalisés par semaine

$$34 / 2 = 17$$

Nombre d'accouchements susceptibles d'être réalisés en un an :

$$17 \times 46 = 782$$

Sage femme :

CPN : 10 mn

Vaccination : 2 mn

Pesée : 2 mn

Administration, préparation et formation continue : 2h dans la semaine

1 jour de repos : 8 h dans la semaine

consultation : 30 h dans la semaine

Total : 40 h dans la semaine

CPN et soins infirmiers :

Nombre de prestations susceptibles d'être faites par semaine :

$$(30 \times 60) / 10 = 180$$

Nombre de prestations susceptibles d'être faites en un an :

$$180 \times 46 = 8280$$

Il arrive que les paramédicaux fassent et les consultations et les soins infirmiers ou les consultations et les CPN.

Dans ce cas, on aura:

$$(15\text{mn} + 10\text{mn}) / 2 = 12,5$$

On a donc:

Nombre d'actes susceptibles d'être faits par semaine:

$$(30 \times 60) / 12,5 = 144$$

Nombre d'actes susceptibles d'être faits en un an:

$$144 \times 46 = 6624$$

Vaccinations et pesées :

Nombre de prestations susceptibles d'être faites par semaine :

$$(30 \times 60) / 2 = 900$$

Nombre de prestations susceptibles d'être faites en un an :

$$900 \times 46 = 41400.$$

CESAG - BIBLIOTHEQUE

ANNEXE 2 : I-C-1 : Tableau comparatif indiquant l'écart entre l'effectif théorique et l'effectif réel par rapport au volume d'activités selon les structures en 1999 et 2000

Structures	Nombre d'actes	Effectif théorique	Effectif réel	réel -théorique
Toit rouge X1				
C. médicales	34293 / 40070	6.65 / 7,77	5 / 8	-2 / 0
C. gynéco	559 / 561	0.1 / 0,10	1 / 1	0 / 0
accouchement	3165 / 3397	4.04 / 4,34	5 / 5	0 / 0
S. infirmiers	12691 / 11923	1.53 / 1,8	6 / 7	4 / 5
CPN	8917 / 6491	1.07 / 0,78	2 / 2	0 / 0
Vaccinations	38488 / 39215	0.92 / 0,94	1 / 1	0 / 0
Abobo X2				
C. médicales	25740 / 28379	4.99 / 5,5	5 / 6	0 / 0
C. gynéco	774 / 769	0.15 / 0,14	1 / 1	0 / 0
accouchement	4956 / 5458	6.33 / 6.97	4 / 4	-3 / -3
S. infirmiers	4628 / 4377	0.55 / 0,52	2 / 3	1 / 2
CPN	11911 / 11381	1.43 / 1,37	3 / 3	1 / 1
Vaccinations	18008 / 18412	0.43 / 0,44	1 / 1	0/0
Attié Y1				
C. médicales	11161 /13551	2.16 / 2,63	5 / 5	2 / 2
C.paramédical	49089 / 58413	7,41 / 8,81	28* / 29	20* / 20
C. gynéco	4939 / 4858	0.95 / 0,94	2 / 2	1 / 1
Accochements	5912 / 5841	7.56 / 7,46	11 / 11	3 / 3
CPN	15639 / 15385	1,88 / 1,85	7 / 7	5 / 5
Vaccinations	94357 / 96741	2.79 / 2,33	13 / 13	10/10
Marcory Y2				
C.médicales	8853 / 9303	1.71 / 1,8	3 / 3	1 / 1
C.paramédical	22209 / 23163	4.02 / 4,19	10 / 11	5 / 6
C. gynéco	2533 / 2413	0.49 / 0,46	2 / 2	1 / 1
accouchement	5863 / 5196	7.49 / 6,64	10 / 13	2 / 6
Paramédicaux	26482 / 21883	3,99 / 3,3	8 / 9	4 / 5
Vaccinations	48201 / 50288	1.16 / 1,21	3 / 3	1 / 1

ANNEXE 3 : Etat des dépenses des formations étudiées

Yopougon Attié 1999

Nature des dépenses	B.G.F.	Rces propres	Autres	Total	Pourcentage
Mobilier et matériel de bureau	10047000	0	0	10047000	0,018987564
Matériel infor de bureau	3864500	0	0	3864500	0,007303418
Matériels et outillages tech	6955500	1009900	0	7965400	0,015053602
Traitement personnel fonction	300753624	0	0	300753624	0,568386442
Traitement personel contractuel	0	2527680	0	2527680	0,004776997
Traitement personnel Mairie	0	0	0	0	0
Traitement personnel ANEHCI	0	0	10767120	10767120	0,0203485
Total Traitement personnel				314048424	0,593511939
Interessement	0	0	0	0	0
Fraishabil aliment personnel	0	2306000	0	2306000	0,004358049
Trsprt agents en formation	0	90000	0	90000	0,000170089
Fournitures de bureau	12366000	2193495	0	14559495	0,02751561
Achats de carburant	7729000	2013435	0	9742435	0,018411974
Fournitures et consommable inf	3091000	148000	0	3239000	0,006121302
Matériels et fournitures tech	1546000	4443484	0	5989484	0,01131937
Habilet aliment hors personnel	0	201430	0	201430	0,000380677
Prduits pharma, médicaux	14684000	0	0	14684000	0,027750909
Entretien locaux	9738000	5830220	0	15568220	0,029421974
Entretien des installations	4637000	0	0	4637000	0,008763346
Entretien et maintenance infor	6183000	0		6183000	0,011685091
Entretien télé	0	0	0	0	0
Entretien et mtenance non infor	4637000	0	0	4637000	0,008763346
Entretien réparation véhicule	5410000	1049865	0	6459865	0,012208331
Sces extérieurs gardiennage	7729000	3366000		11095000	0,020968152
Communiqués radio et pub	0	0	0	0	0
Transp, missions, réception	0	1100870	0	1100870	0,002080506
Aides et secours aux indigents	0	50190	0	50190	9,48528E-05
Achats pharmacie	0	54557608	0	54557608	0,103107003
Eau	5136323	0	0	5136323	0,009707003
Electricité	14792140	0	0	14792140	0,02795528
Téléphone	17555732	625700	0	18181432	0,034360615
T. dépenses	436854819	81513877	10767120	529135816	1

Marcory 1999

Nature des dépenses	B.G.F.	Rces propres	Autres	Total	Pourcentage
Mobilier et matériel de bureau	13657500	0	0	13657500	0,033638155
Mobilier et matériel logement	699000	0	0	699000	0,001721623
Matériel infor de bureau	4093500	0	0	4093500	0,01008221
Matériels et outillages tech	7084500	0	0	7084500	0,017448985
Traitement personnel fonction	131072616	0	0	131072616	0,322829283
Traitement personel contractuel	0	2730000	0	2730000	0,006723936
Traitement personnel Mairie	0	0	58652592	58652592	0,144460184
Traitement personnel ANEHCI	0	0	2533440	2533440	0,006239813
Total traitement personnel				194988648	0,480253216
Interessement	0	3619953	0	3619953	0,008915873
Fraishabil aliment personnel	4723000	324000	0	5047000	0,012430662
Trsprt agents en formation	0	91600	0	91600	0,000225609
Fournitures de bureau	12595000	275980	0	12870980	0,031700971
Achats de carburant	7872000	229900	0	8101900	0,019954821
Fournitures et consommable inf	3936000	0	0	3936000	0,009694291
Matériels et fournitures tech	1574000	4535031	0	6109031	0,015046424
Habilet aliment hors personnel	4723000	0	0	4723000	0,011632656
Prduits pharma, médicaux	15744000	1138740	0	16882740	0,041581858
Entretien locaux	12280000	959570	0	13239570	0,032608801
Entretien des installations	6297000	0	0	6297000	0,015509388
Entretien et maintenance infor	6297000	0		6297000	0,015509388
Entretien télé	0	0	0	0	0
Entretien et mtenance non infor	4408000	0	0	4408000	0,010856818
Entretien réparation véhicule	7872000	135630	0	8007630	0,019722636
Sces extérieurs gardiennage	7085000	1505305		8590305	0,021157753
Communiqués radio et pub	0	73000	0	73000	0,000179798
Transp, missions, réception	0	350000	0	350000	0,000862043
Aides et secours aux indigents	0	72460	0	72460	0,000178468
Achats pharmacie	0	55628763	0	55628763	0,137012552
Consommation de gaz	0	198626	0	198626	0,000489212
Eau	4608647	0	0	4608647	0,011351007
Electricité	8351075	0	2646655	10997730	0,027087193
Téléphone	5338082	0	0	5338082	0,013147591
T. dépenses	270310920	71868558	63832687	406012165	1

**Yopougon Toit Rouge
1999**

Nature	Montant	Source	Pourcentage
Achat Pharmacie	69414706	FS	0,379615
Entretien locaux	1246255	FS	0,006816
Fonctionnement bureaux	6578975	FS	0,035979
Téléphone	1660950	FS	0,009083
Eau	4422273	Mairie	0,024185
Electricité	3989220	MSP	0,021816
Fonctionnement sces tech	146502	FS	0,000801
Missions / Réceptions	7446160	FS	0,040722
Sces extérieurs	9486918	FS	0,051882
Traitement personnel formation	56639920	FS	0,309753
Traitement personnel mairie	0	Mairie	0
Traitement personnel fonction	16824312	MSP	0,092009
Total traitement personnel	73464232		0,401762
Avances et prêts au personnel	1480000	FS	0,008094
Participation FASCOM	260000	FS	0,001422
Autres frais	393128	FS	0,00215
Equipement immeuble	238000	FS	0,001302
Matériel de bureau	799000	FS	0,00437
Equipement des services tech	1829000	FS	0,010002
Total des dépenses	182855319		1

Abobo Avocatier 1999

Nature	Montant	Source	Pourcentage
Achat Pharmacie	59975761	FS	0,383559
Entretien locaux	13424190	FS	0,085851
Fonctionnement bureaux	1514755	FS	0,009687
Téléphone	1567641	FS	0,010025
Eau	1727171	FS	0,011046
Electricité	2914595	Mairie	0,01864
Fonctionnement sces tech	4989510	FS	0,031909
Missions / Réceptions	6321900	FS	0,04043
Sces extérieurs	534500	FS	0,003418
Traitement personnel formation	45232831	FS	0,289275
Traitement personnel mairie	4047000	Mairie	0,025882
Traitement personnel fonction	5932512	MSP	0,03794
Total traitement personnel	55212343		0,353096
Avances et prêts au personnel	0	FS	0
Participation FASCOM	0	FS	0
Autres frais	226000	FS	0,001445
Equipement immeuble	200000	FS	0,001279
Matériel de bureau	323500	FS	0,002069
Equipement des services tech	7434563	FS	0,047546
Total des dépenses	156366429		1

Yopougon Attié 2000

Nature des dépenses	B.G.F.	Rces propres	Autres	Total
Mobilier et matériel de bureau	13457250	0	0	13457250
Matériel infor de bureau	7177000	0	0	7177000
Matériels et outillages tech	16597000	1591482	0	18188482
Traitement personnel fonc	302226684	0	0	302226684
Traitement personel contractuel	0	2527680	0	2527680
Traitement personnel Mairie	0	0	0	0
Traitement personnel ANEHCI	0	0	10767120	10767120
Traitement personnel				315521484
Interessement	0	8823675	0	8823675
Fraishabil aliment personnel	3500000	4114455	0	7614455
Trsptr agents en formation	0	300000	0	300000
Fournitures de bureau	9420000	1872000	0	11292000
Achats de carburant	7177000	2050000	0	9227000
Fournitures et consommable inf	5831000	850000	0	6681000
Matériels et fournitures tech	7626000	4677452	0	12303452
Habilet aliment hors personnel	0	250000	0	250000
Produits pharma, médicaux	16763000	0	0	16763000
Entretien locaux	9599000	4362791	0	13961791
Entretien des installations	6832000	0	0	6832000
Entretien et maintenance infor	6280000	0		6280000
Entretien télé	3589000	0	0	3589000
Entretien et mtenance non infor	5383000	0	0	5383000
Entretien réparation véhicule	5831000	1050000	0	6881000
Sces extérieurs gardiennage	6280000	3000000		9280000
Communiqués radio et pub	0	150000	0	150000
Transp, missions, réception	0	1816000	0	1816000
Aides et secours aux indigents	0	275000	0	275000
Achats pharmacie	0	60630636	0	60630636
Eau	5543235	0	0	5543235
Electricité	17440350	0	0	17440350
Téléphone	11347690	650000	0	11997690
T. dépenses	467900209	98991171	10767120	577658500

Marcoy 2000

Nature des dépenses	B.G.F.	Rces propres	Autres	Total
Mobilier et matériel de bureau	2250000	0	0	2250000
Mobilier et matériel logement	0	0	0	0
Matériel infor de bureau	1500000	0	0	1500000
Matériels et outillages tech	16485000	0	0	16485000
Traitement personnel	138868188	0	0	138868188
Traitement personnel contractuel	0	3720000	0	3720000
Traitement personnel Mairie	0		58652582	58652582
Traitement personnel ANEHCI	0		2533440	2533440
Traitement personnel	203774220			203774210
Interessement	0	4974546	0	4974546
Fraishabil aliment personnel		2692260	0	2692260
Trspt agents en formation	0	103195	0	103195
Fournitures de bureau	8747250	341254	0	9088504
Achats de carburant	6621000	198050	0	6819050
Fournitures et consommable inf	3310500	0	0	3310500
Matériels et fournitures tech	8074500	3398186	0	11472686
Habilet aliment hors personnel	2018250	0	0	2018250
Prduits pharma, médicaux	6728250	1493140	0	8221390
Entretien locaux	9420000	1331380	0	10751380
Entretien des installations	4236750	0	0	4236750
Entretien et maintenance infor	2966250	0		2966250
Entretien télé	4236750	0	0	4236750
Entretien et mtenance non infor	2966250	0	0	2966250
Entretien réparation véhicule	5382750	85000	0	5467750
Sces extérieurs gardiennage	4844250	2671000	0	7515250
Communiqués radio et pub	0	55030	0	55030
Transp, missions, réception	0	452020	0	452020
Aides et secours aux indigents	0	27000	0	27000
Achats pharmacie	0	73665926	0	73665926
Consommation de gaz	0	233042	0	233042
Eau	6008175	0	0	6008175
Electricité	8144840	3337820		11482660
Téléphone	1187506	0	0	1187506
T. dépenses	243996459	98778849	61186022	407681340

Abobo Avocatier 2000

Nature	Montant	Source	Pourcentage
Achat Pharmacie	56978441	FS	0,34812483
Entretien locaux	14008960	FS	0,08559144
Fonctionnement bureaux	2457600	FS	0,01501536
Téléphone	2084728	FS	0,0127372
Eau	733115	FS	0,00447916
Electricité	2882565	Mairie	0,01761179
Fonctionnement sces tech	7506320	FS	0,04586184
Missions / Réceptions	6997923	FS	0,04275566
Frais Formation personnel	113691	FS	0,00069463
Traitement pers format	54063704	FS	0,33031647
Traitement pers mairie	4047000	Mairie	0,02472621
Traitement pers fonct	7964016	MSP	0,04865826
Total traitement pers	65774720		0,40186802
Avances prêts pers	300000	FS	0,00183293
Participation FASCOM	5000	FS	3,0549E-05
Autres frais	2069003	FS	0,01264112
Reversement écho	4996000	FS	0,03052438
Total des dépenses	163672443		1
Toit rouge 2000			
Nature	Montant	Source	Pourcentage
Achat Pharmacie	88274978	FS	0,41622721
Entretien locaux	1795710	FS	0,00846699
Fonctionnement bureaux	6749355	FS	0,03182403
Téléphone	2428907	FS	0,01145259
Eau	2111371	Mairie	0,00995537
Electricité	5230960	MSP	0,02466461
Fonctionnement sces tech	1542600	FS	0,00727355
Missions / Réceptions	6728250	FS	0,03172451
Sces extérieurs	7155930	FS	0,03374108
Traitement pers format	61866431	FS	0,29170771
Traitement pers fonction	22744164	MSP	0,10724149
Total traitement pers	84610595		0,3989492
Avances prêts personnel	2489320	FS	0,01173745
Participation FASCOM	200000	FS	0,00094302
Autres frais	776063	FS	0,00365923
Equipement immeuble	450000	FS	0,0021218
Equipement et service tech	1539592	FS	0,00725936
Total des dépenses	212083631		1

ANNEXE 4 : Etat des ressources humaines prestataires

Yopougon Attié

	Consultations générales	Consultations de pédiatrie	Soins infirmier s	CPN	Planning familial	Accouchement	Vaccination Pesée diététique
Médecins	3	2		1		1	
I.D.E.	16	2	(les mêmes 16)		2		1
Sage femme	2	8		7		11	9p+5v+2d*
Infirmier brévté							
Aide infirmier					1		1
Technicien de labo							
Aide tech de labo							
Fille et garçon de salle	10	4		4	1	10	2p+2v+1d
Aide soignant	1	1					

Marcory

	Consultations générales	Consultations de pédiatrie	Consultations gynéco	Soins infirmiers	CP N	Planning familial	Accouchement	Vaccination Pesée diététique
Médecins	2	1	2					
Sage femme		3			8	2	10	1v+1p
I.D.E.	6	1						1
Aide soignant	6							
Aide infirmier	6	2		4				
Fille et garçon de salle	5	4					4	1v+1p

Yopougon Toit Rouge

	Consultations générales et pédiarrie	Consultations gynéco	Soins infirmiers	CPN	Accouchement	Vaccination Pesée
Médecins	5 / 8	1				
Sage femme				2	5	1
I.D.E.			6			
Aide soignant			5		1	
Aide infirmier						
Fille et garçon de salle	4				5	

Abobo Avocatier

	Consultations générales et pédiarrie	Consultations gynéco	Soins infirmiers	CPN	Accouchement	Vaccination Pesée
Médecins	5 / 6	1				
Sage femme				3	4	1
I.D.E.			1			
Aide soignant			2		1	
Aide infirmier						
Fille et garçon de salle					4	1

d : diététique ; **p** : pesée ; **V** : vaccination

FSU COM

Yopougon Toit Rouge 1999

Libellé	Janv	Mars	Avril	Mai	Juin	Juil	Août	Sept	Oct	Nov	Déc
Laboratoire	461	196	207	140	80	89	244	420	425	330	295
C. médicales	2890	2717	2238	2687	3301	3269	3173	2910	2806	2965	2652
CPN	584	787	748	746	665	787	838	787	747	838	683
C. gynéco	37	63	46	50	45	52	47	50	38	29	51
Accouchements	197	256	303	324	282	333	254	235	288	264	254
Soins infmier	1040	751	936	929	969	1109	1297	1224	1248	1085	1270
Vaccinations	1997	1780	2133	2602	2224	3578	2909	3034	3136	3408	3601
Pesées	473	536	583	563	427	586	421	570	451	238	329
S.T.presta	7679	7086	7194	8041	7993	9803	9183	9230	9139	9157	9135
Adhésions	22	16	14	21	17	16	18	14	9	7	14
S.T. autres	22	16	14	21	17	16	18	14	9	7	14
Total mois	7701	7102	7208	8062	8010	9819	9201	9244	9148	9164	9149
											101528

Abobo Avocatier 1999	
Libellé	Total
C.généraliste	9563
C.pédiatrie	16177
C.médicales	25740
Soins infmier	4628
C.gynéco	774
CPN	11911
Acclements	4956
Vaccinations	12098
Pesées	5910
Ecchographie	1390
Laboratoire	11540
S.T.presta	78947
Adhésions	41
S.T.autres	41
Total	78988

CESAG - BIBLIOTHEQUE

FSUP
Youpougon Attié
1999

Libellé	Janv	Fév	Mars	Avril	Mai	Juin	Juil	Août	Sept	Oct	Nov	Déc
C.généraliste	1998	1803	1736	1358	1318	1883	3195	3355	3625	2750	2861	2470
C.pédiatrie	1804	2156	1789	1945	1580	2145	2292	2419	1463	1295	1619	1877
C. médicales	3802	3959	3525	3303	2898	4028	5487	5774	5088	4045	4480	4347
Gynéco Préna	1670	1881	2513	2000	1952	1263	1572	1385	1541	1595	1668	1537
Accachements	345	364	520	565	682	592	554	444	431	456	451	508
Soins infmier	766	682	678	661	918	760	847	933	790	545	976	958
Vaccinations	5518	6268	4756	6452	6875	5575	6887	6787	6699	6599	7182	6971
Pesées	2266	1405	1116	1348	1483	1377	1509	1957	1088	1398	1428	1277
Laboratoire	2260	2369	2211	2436	2896	2462	2450	2559	2415	2244	2436	2387
Total mois	16627	16928	1531	16765	17704	1605	1930	19839	18052	1688	18621	17985
			9			7	6			2		
												210085

Marcory 1999

Libellé	Janv	Fév	Mars	Avril	Mai	Juin	Juil	Août	Sept	Oct	Nov	Déc
C.généraliste	1072	1234	1265	1048	1216	1422	1377	1550	1389	1370	1203	1257
C.pédiatrie	1251	1098	1015	1083	1053	1505	1876	1829	1446	1257	1173	1072
C. médicales	2323	2332	2280	2131	2269	2927	3253	3379	2835	2627	2376	2329
C.gynéco	1690	1025	1049	986	880	824	867	792	609	796	202	833
CPN	2830	1738	1398	1445	1574	1486	1510	1330	1082	1259	1341	1468
Accachements	336	422	516	604	749	706	499	415	334	429	404	449
Soins infmier	441	338	322	412	407	417	472	344	333	305	344	284
Vaccinations	2743	2534	2985	2774	2808	3121	3528	3636	3591	3405	3118	2909
Pesées	843	941	1013	1191	935	723	1069	1020	758	785	938	833
Total mois	11206	9330	9563	9543	9622	1020	1119	10916	9542	9606	8723	9105
						4	8					
												118558

Yopougon Toit
Rouge 2000

Libellé	Janv	Fév	Mars	Avril	Mai	Juin	Juil	Août	Sept	Oct	Nov	Déc
Laboratoire	252	302	209	243	308	220	186	206	253	223	218	159
C. médicales	3577	3354	3724	2939	3484	3542	4001	4060	3251	2476	2812	2850
CPN	745	710	710	547	522	498	529	483	402	403	487	455
C. gynéco	42	46	59	47	54	55	51	63	49	35	30	30
Accouchements	252	252	296	314	377	340	352	278	230	235	244	227
Soins infmier	1316	1338	1360	1165	1392	1367	1405	344	1772	1257	1061	1146
Vaci-pesées	3601	3444	3431	3165	3920	3257	3121	3894	3635	2706	2702	2339
S.T.presta	9785	9446	9789	8420	10057	9279	9645	9328	9592	7335	7554	7206
Adhésions	14	7	8	5	7	5	8	7	2	4	8	7
S.T.autres	14	7	8	5	7	5	8	7	2	4	8	7
Total mois	9799	9453	9797	8425	10064	9284	9653	9335	9594	7339	7562	7213
												107518

Abobo
Avocatier 2000

Libellé	Cumul
C.généraliste	7643
C.pédiatrie	13538
C.spécialisé	558
C.garde	6640
C.médicales	28379
Soins infmier	4377
C.gynéco	769
CPN	11381
Acchements	5458
Vaci-pesées	18412
Ecchographie	2501
Laboratoire	15538
Total	86815

Yopougon Attié
2000

Libellé	Janv	Fév	Mars	Avril	Mai	Juin	Juil	Août	Sept	Oct	Nov	Déc	
C. médicales	5173	3801	5905	6295	5134	4614	4826	4456	5115	4563	6319	5390	
Gynéco Préna	1829	1839	1833	1777	2013	1754	1625	1690	1492	1362	1642	1387	
Acchements	452	417	486	557	628	601	580	464	365	435	427	429	
Soins infmier	789	779	764	752	1094	881	997	965	832	567	988	965	
Vaci-psées	10248	10084	10570	7476	9116	1524	8345	9203	8396	7483	7910	6386	
Laboratoire													
Total mois	18491	16920	19558	16857	17985	9374	16373	16778	16200	14410	17286	14557	2220

Marcory 2000

C.médicales	32644
C.gynéco	10053
Soin infirmier	3159
CPN	14243
Accouchement	5196
Vacci et pesée	50288
Laboratoire	8891
Laboratoire	8891
Total	124474