PRICOR

PN ABL-152

QUESTIONS DE RECHERCHE OPERATIONNELLE:

# FINANCEMENT COMMUNAUTAIRE

Sharon Stanton Russell
Jack Reynolds

PRICOR
Recherche Opérationnelle en Matière
De Soins de Santé Primaires
Center for Human Services
5530 Wisconsin Avenue
Chevy Chase, Maryland 20815

a

**Library of Congress Cataloging in Publication Data**

Russell, Sharon Stanton, 1944-
Operations research issues: community financing.

Bibliography: p.
1. Community health services--Developing countries--Finance. 2. Community health services--Developing countries--Citizen participation. 3. Operations research. I. Reynolds, Jack, 1935-
II. Title. III. Title: Community financing.
RA441.5.R87 1985 362.1'2'0681 85-71247

---

La présente publication a été élaborée dans le cadre du Contrat de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international DSPE-5920-A-00-1048-00. Les vues exprimées dans le présent document sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement celles du Comité consultatif d'experts, de l'Agence pour le développement international ni du Center for Human Services.

Toute partie de cette monographie peut être reproduite ou adaptée pour répondre aux besoins locaux sans l'autorisation préalable des auteurs ou du Center for Human Services dans la mesure où les parties reproduites sont communiquées gratuitement ou au prix de revient. Toute reproduction commerciale exige l'autorisation préalable du Center for Human Services. Ce dernier apprécierait de recevoir un exemplaire de tout document reprenant une partie de la présente monographie.

Autres publications de la Série de monographies du PRICOR:

*Questions de recherche opérationnelle: Agents de santé communautaires*
*Questions de recherche opérationnelle: Organisation communautaire*
*Méthodes de recherche opérationnelle: Une approche générale des soins de santé primaires*
*Méthodes de recherche opérationnelle: Analyse de coût-efficacité*

Imprimé en mai 1985 aux Etats-Unis d'Amérique.

Graphiques et couverture conçus par Patricia A. Bryant.

## PREFACE

La Recherche opérationnelle en matière de soins de santé primaires (PRICOR) est un projet du Center for Human Services, financé par l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID) dans le cadre d'un accord de coopération (AID/DSPE-5920-A-00-1048-00). Le Center for Human Services est une organisation à but non lucratif, assurant des services de développement et spécialisée dans la conception et la gestion de programmes portant sur les besoins de base des habitants des pays en développement et des Etats-Unis. Le PRICOR s'est fixé comme objectif de promouvoir la recherche opérationnelle en tant qu'instrument capable d'aider les directeurs et les responsables de programme à trouver des solutions aux problèmes auxquels ils se heurtent dans la conception et l'exploitation des programmes de soins de santé primaires (SSP).

Ce projet comporte les activités suivantes: le financement et le contrôle des études effectuées dans les pays, l'organisation d'ateliers et de conférences; la conduite d'études méthodologiques et comparatives et la diffusion des résultats de la recherche qui a été financée. Le PRICOR s'intéresse notamment à la recherche destinée à surmonter les problèmes qui entravent l'expansion des services SSP essentiels aux populations à haut risque dans les communautés rurales et périurbaines. En conséquence, le PRICOR s'est concentré sur la recherche opérationnelle pour trouver des solutions aux problèmes rencontrés dans quatre domaines prioritaires:

- Agents de santé communautaires
- Distribution de produits au niveau de la communauté
- Financement communautaire
- Organisation communautaire

La recherche opérationnelle consiste en une méthode systématique pour résoudre les problèmes. Dans la recherche opérationnelle, plutôt que d'avoir recours à un processus empirique coûteux, on applique un plan d'analyse bien défini en vue de sélectionner la meilleure solution parmi plusieurs possibilités. Un problème opérationnel spécifique est tout d'abord défini puis analysé. Des solutions possibles sont élaborées et évaluées afin d'identifier celles qui sont les plus appropriées et les plus plausibles. Des recommandations sont alors présentées pour tester, ou dans certains cas mettre en oeuvre directement, la ou les meilleures solutions.

Cette brochure fait partie d'une série de cinq monographies sur la recherche opérationnelle qui ont été rédigées par le personnel et les consultants du PRICOR à l'usage des chercheurs du monde en développement qui désirent en savoir davantage sur cette méthode et son application à leurs programmes de soins de santé primaires. Les cinq monographies ont pour titre:

- Documents de synthèse

  1. Questions de recherche opérationnelle: financement communautaire
  2. Questions de recherche opérationnelle: agents de santé communautaires

3. Questions de recherche opérationnelle: organisation communautaire

- Documents de méthodologie

1. Méthodes de recherche opérationnelle: une approche générale des soins de santé primaires
2. Méthodes de recherche opérationnelle: analyse coût-efficacité

REMERCIEMENTS

Ce document a été rédigé par Sharon Stanton Russell, M.A., M.P.A., préparant un Ph.D. au Massachusetts Institute of Technology, et par Jack Reynolds, Ph.D., Directeur du PRICOR, avec le concours d'un Comité consultatif d'experts qui se composait des membres suivants:

| | |
|---|---|
| o Stewart N. Blumenfeld, Dr.P.H. | School of Public Health, UCLA |
| o Clive S. Gray, Ph.D. | Harvard Institute for International Development |
| o Robert N. Grosse, Ph.D. | School of Public Health, University of Michigan |
| o Michel Jancloes, M.D. | Banque mondiale |
| o Stanley C. Scheyer, M.D. | University Research Corporation |
| o Dieter K. Zschock, Ph.D. | State University of New York, Stony Brook |

Le comité s'est réuni pour étudier le sujet, examiner les grandes lignes et apporter des conseils aux rédacteurs. Les ébauches du document ont été examinées par les membres du comité, par des chercheurs sélectionnés et financés par le PRICOR et par un certain nombre d'individus intéressés de l'AID. Les auteurs sont particulièrement reconnaissants aux membres du comité de leur avoir présenté des suggestions précieuses; à David W. Dunlop, Ph.D., et à Dayl S. Donaldson, M.P.H., qui ont examiné une ébauche précédente et fourni des commentaires; à Marty Pipp, M.P.H., interne du PRICOR, pour avoir aidé les auteurs à élaborer le modèle de financement et les groupes de problèmes au chapitre II; à Esther Peckham et à Frances Gallagher pour avoir préparé le manuscrit; et à Elizabeth Scullin pour l'avoir corrigé. Les auteurs veulent reconnaître également le travail de Wayne Stinson de l'Association américaine pour la santé publique et tiennent à recommander sa monographie, "Community Financing of Primary Health Care", en complément au présent document. La traduction de cette brochure a été réalisée par Gary Clark de Language Specialists and Translators.

TABLE DES MATIERES

Page

Introduction..... 1

Chapitre I. Financement communautaire des soins de santé primaires: une priorité de recherche..... 7

Qu'appelle-t-on le financement communautaire des soins de santé primaires?..... 7

Evolution de l'intérêt porté au financement communautaire..... 10

Importance de la recherche opérationnelle sur le financement communautaire..... 14

Chapitre II. Problèmes d'ordre opérationnel liés au financement communautaire..... 19

Groupes de problèmes en matière de financement communautaire... 19

Méthodes de mobilisation des revenus: un examen de l'expérience récente..... 20

Analyse systématique des problèmes liés au financement communautaire..... 26

Identification des variables clés d'un problème..... 31

Inventaire des problèmes opérationnels et des variables de décision..... 33

Sélection des problèmes opérationnels à étudier..... 64

Chapitre III. Conception d'un projet de recherche opérationnelle en matière de financement communautaire..... 69

Phase I: Analyse du problème..... 70

Phase II: Elaboration des solutions..... 73

Phase III: Vérification et évaluation des solutions..... 80

Une note finale..... 82

Annexe: Résumés des études financées par le PRICOR en matière de financement communautaire des soins de santé primaires..... 35

Lectures conseillées..... 91

Glossaire..... 93

## LISTE DES FIGURES

Page

1-1 Un système de soins de santé..... 9

1-2 Sources de financement des soins de santé..... 10

2-1 Un système simple..... 27

2-2 Schéma d'un système de financement communautaire..... 29

2-3 Quelques variables liées à la mobilisation de revenus..... 32

2-4 Groupes de problèmes essentiellement liés à la conception d'un système de financement communautaire..... 34

2-5 Groupes de problèmes essentiellement liés aux processus opérationnels d'un système de financement communautaire..... 54

3-1 Etapes de la méthode générale de recherche opérationnelle..... 69

3-2 Etapes de l'analyse d'un problème..... 70

3-3 Etapes de l'élaboration des solutions..... 73

3-4 Etapes de la vérification et de l'évaluation des solutions..... 81

## LISTE DES TABLEAUX

2-1 Avantages et inconvénients de diverses méthodes de financement communautaire..... 21

2-2 Classement par objectif et par projet des activités de financement communautaire ayant des objectifs spécifiés..... 45

2-3 Evaluation de divers moyens de rémunérer les agents de santé communautaires..... 46

2-4 Matrice des services et de la part à financer..... 47

2-5 Résultats préliminaires de l'évaluation d'utilité à critères multiples effectuée au Bénin..... 49

3-1 Modèle heuristique pour l'établissement des priorités en matière de services de santé..... 78

3-2 Modèle économique pour l'établissement des cotisations..... 79

## GLOSSAIRE DE SIGLES

| | |
|---|---|
| AID | Agence pour le développement international (USAID) |
| APHA | Association américaine pour la santé publique |
| FC | Financement communautaire |
| ASC | Agent de santé communautaire |
| RO | Recherche opérationnelle |
| SRO | Sels de réhydratation orale |
| TRO | Thérapie de réhydratation orale |
| OPS | Organisation panaméricaine de la santé |
| SSP | Soins de santé primaires |
| PRICOR | Primary Health Care Operations Research (Recherche opérationnelle de soins de santé primaires) |
| FRPP | Fonds de roulement pour produits pharmaceutiques |
| AOT | Auxiliaire obstétrique traditionnel |
| UNICEF | Fonds des Nations Unies pour l'enfance |
| OMS | Organisation mondiale de la santé |

# INTRODUCTION

Les soins de santé primaires, en tant que stratégie destinée à mettre les services de santé de base à la disposition des populations du monde en développement dépourvues aujourd'hui de tout accès de ce genre, sont de plus en plus acceptés. Les programmes de soins de santé primaires peuvent avoir des incidences réelles sur la santé dans la mesure où ils visent un nombre restreint de problèmes de santé qui peuvent être empêchés par le biais d'interventions simples et relativement peu coûteuses.

La diarrhée, les infections respiratoires, la malnutrition et les maladies contagieuses figurent parmi les problèmes de santé les plus importants des pays en développement. Ils se traduisent par des taux de mortalité et de morbidité élevés chez les nouveau-nés, les enfants et les mères, en particulier dans les zones rurales et aux alentours des centres urbains, où les services de santé organisés sont les plus limités. Paradoxalement, il est possible d'éviter une bonne partie de cette souffrance, vu que quelques interventions en matière de soins de santé primaires suffiraient à atténuer ces problèmes si seulement on pouvait atteindre les populations visées -- en particulier les femmes et les enfants -- de manière à leur permettre d'accéder aux services nécessaires dans le domaine des soins de santé primaires, tels que les immunisations, la thérapie de réhydratation orale (TRO), le suivi de la croissance, le planning familial, la prophylaxie paludéenne, l'alimentation en eau, l'assainissement du milieu, et les soins prénataux et périnataux.

En 1978, la Conférence internationale sur les soins de santé primaires a été convoquée à Alma-Ata en Union soviétique. Lors de cet événement historique auquel ont assisté les représentants de 134 pays différents, les soins de santé primaires ont été approuvés comme stratégie destinée à permettre aux populations du monde entier d'accéder aux services de santé essentiels. La Déclaration d'Alma-Ata définit les soins de santé de la façon suivante:

> . . . des soins de santé essentiels, reposant sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiques et socialement acceptables, rendus universellement accessibles aux individus et aux familles au niveau de la communauté, en raison de leur participation intégrale et à un coût que la communauté et le pays peuvent accepter . . . . [Les soins de santé primaires] visent les principaux problèmes sanitaires de la communauté, en assurant des services appropriés dans le domaine de la promotion, de la prophylaxie, du traitement et de la convalescence . . . au minimum, ils englobent: l'éducation concernant les problèmes sanitaires prédominants et les méthodes permettant de les prévenir et de les contrôler; la promotion de l'approvisionnement en produits alimentaires et d'une alimentation équilibrée; un approvisionnement suffisant en eau salubre et des normes d'assainissement acceptables; des programmes de protection maternelle et infantile, y compris le planning familial; des immunisations contre les principales affections contagieuses; la

prévention et le contrôle des maladies localement endémiques; le traitement approprié des affections et des blessures les plus fréquentes; et la fourniture des médicaments essentiels.(1)

Parmi les organisations qui tentent de trouver des moyens d'atteindre ce but figure l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID), qui a financé de nombreux projets de soins de santé primaires partout dans le monde. Ces projets, amplement documentés dans une publication récente de l'Association de santé publique américaine, ont démontré l'efficacité des soins de santé primaires dans la lutte contre la mortalité prématurée et la morbidité excessive.(2)

L'Agence pour le développement international s'est intéressée en particulier à dégager des moyens d'amplifier la protection maternelle et infantile en milieu rural et périurbain, grâce à des services essentiels en matière de soins de santé primaires tels que les immunisations et la thérapie de réhydratation orale. Cependant, l'expérience a appris à l'AID et aux autres donateurs internationaux que cet objectif n'est pas facilement atteint.

Rôle de la recherche opérationnelle dans les soins de santé primaires

Il y aura lieu de résoudre un certain nombre de questions d'ordre opérationnel avant que les soins de santé primaires ne puissent devenir accessibles à tous. Par exemple, le rapport de la Conférence d'Alma-Ata a noté que:

> Au stade actuel, les soins de santé primaires sont suffisamment bien compris pour qu'on les applique en bonne partie dès maintenant. Cependant, il reste beaucoup à apprendre concernant les applications dans des conditions locales et, au cours des applications, il se produira des problèmes de suivi et d'évaluation qui exigeront des recherches. Ces problèmes seront peut-être liés à l'organisation des soins de santé primaires au niveau communautaire et des services d'appui; à la mobilisation du soutien et de la participation communautaires; aux meilleures façons d'appliquer la technologie (existante et appropriée) . . . à la planification d'un programme d'agents de santé communautaires, ainsi qu'à leur formation, leur supervision, leur rémunération et leur structure professionnelle; et aux méthodes de financement des soins de santé primaires.(3)

Conscient de l'importance des recherches sur le fonctionnement des systèmes de prestation de soins, le Bureau de la santé de l'AID a accordé un financement au projet PRICOR en vue d'aider les responsables et les décideurs en matière de soins de santé primaires à répondre à ces questions par le biais de la recherche opérationnelle. Le PRICOR a défini la recherche opérationnelle comme étant un processus actif réparti en trois phases:

1. Analyse systématique du problème opérationnel;

2. Application des méthodes analytiques les plus appropriées afin de dégager la ou les meilleures solutions au problème; et
3. Validation de la ou des solutions.

Bien que, jusqu'à présent, la recherche opérationnelle n'ait pas été souvent employée comme instrument d'analyse et de prise de décisions destiné à améliorer les services sanitaires des pays en développement, il est possible de l'appliquer à l'examen d'un certain nombre de questions liées aux systèmes de prestation de soins de santé primaires.

Par exemple, en ce qui concerne la planification d'une stratégie de financement communautaire, on peut appliquer la recherche opérationnelle à l'examen des avantages et des inconvénients de diverses options en matière de financement communautaire qui diffèrent complètement les unes des autres (à savoir les commissions de service, les fonds de roulement, les assurances sociales, les contributions bénévoles); à la détermination de la meilleure façon de structurer un système de financement particulier (par exemple, comment peut-on assurer le financement de chaque service de soins de santé primaires?); ou à l'identification des possibilités d'améliorer les mécanismes de financement existants (à savoir, comment peut-on assurer la solvabilité d'un fonds renouvelable?).

Ce document a pour but d'aider les décideurs, les responsables de programmes et les chercheurs à identifier les problèmes liés au financement communautaire que peut viser la recherche opérationnelle. Il sera particulièrement pertinent pour ceux qui sont engagés dans la planification ou l'application du financement communautaire dans les pays en développement, pour les chercheurs qui collaborent avec les responsables des programmes de soins de santé primaires et pour les planificateurs de la santé.

Les objectifs spécifiques de ce document consistent à:

1. Définir le financement communautaire et expliquer pourquoi il constitue un sujet de recherche important;

2. Identifier, pour ce qui est du financement communautaire, les problèmes et les questions clés d'ordre opérationnel que peut viser la recherche opérationnelle;

3. Décrire une méthode générale de recherche opérationnelle qui s'applique à l'étude de ces problèmes; et

4. Décrire un certain nombre de projets récents de recherche opérationnelle portant sur le financement communautaire des soins de santé primaires, de manière à illustrer l'application de la recherche opérationnelle à ce sujet.

NOTES

1. "Déclaration d'Alma-Ata", Primary Health Care, Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978, parrainée conjointement par l'OMS et l'UNICEF (Genève: OMS, 1978), p. 3-4.

2. Primary Health Care: Progress and Problems, An Analysis of 52 AID-Assisted Projects (Washington, DC: APHA, 1982).

3. OMS et UNICEF, Alma-Ata 1978, op. cit., p. 71-72.

# CHAPITRE I

## FINANCEMENT COMMUNAUTAIRE DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES: PRIORITE DE RECHERCHE

## CHAPITRE I. FINANCEMENT COMMUNAUTAIRE DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES: PRIORITE DE RECHERCHE

Bon nombre des pays en développement qui se sont associés aux buts de la Déclaration d'Alma-Ata estiment qu'il est désormais difficile de mobiliser les ressources nécessaires pour financer les médicaments, les produits de base, les agents de santé et les autres éléments indispensables des services de prestation des soins de santé primaires (SSP). Parmi les facteurs qui ont contribué à ce problème figurent les demandes politiques concurrentielles face à la pénurie des ressources, la récession mondiale, l'insuffisance des devises et la réticence de la part des bailleurs de fonds à continuer de financer les coûts sanitaires récurrents.

Dans le cadre de la recherche de diverses options de financement visant les soins de santé primaires, les experts et les responsables ont les uns et les autres commencé à examiner de manière plus approfondie le rôle que jouent les communautés dans le financement des soins sanitaires, ainsi que la faisabilité d'engager, ou de rehausser, la participation des communautés au soutien des soins de santé primaires en particulier. Cette alternative a suscité un intérêt croissant du fait que la plupart des individus et des communautés paient déjà certains services sanitaires et que les sommes dépensées pour les soins sanitaires privés dépassent souvent les sommes dépensées par les gouvernements. Le financement communautaire peut provenir des dépenses déjà effectuées à titre privé pour obtenir des services sanitaires personnels. Dans la mesure ou ceci est réellement faisable, le financement communautaire peut augmenter les ressources globales disponibles aux soins de santé primaires et, par ailleurs, contribuer à orienter ces ressources vers des activités plus efficaces que les services personnels visant à améliorer la situation sanitaire.

Vu l'importance capitale du financement dans la prestation des soins de santé primaires, ainsi que l'insuffisance des connaissances relatives au financement communautaire, le PRICOR a qualifié le financement communautaire des soins de santé primaires de domaine prioritaire de recherche opérationnelle. Ce chapitre définit le terme de "financement communautaire", présente un examen rapide de l'intérêt croissant pour ce sujet et étudie le besoin de recherche opérationnelle sur cette méthode alternative de financer les services de soins de santé primaires.

### QU'APPELLE-T-ON LE FINANCEMENT COMMUNAUTAIRE DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES?

Une communauté est généralement considérée comme un groupe de personnes qui habitent la même zone géographique, par exemple un village rural, une petite ville ou un quartier urbain. Parmi les autres types de communauté, regroupant ceux qui travaillent ensemble, qui partagent les mêmes intérêts ou qui possèdent des liens sociaux, on peut citer les coopératives, telles que les organisations établies dans le but de commercialiser les produits des membres, les syndicats, les associations de paysans, les organisations à but éducatif ou religieux, les groupes ayant des liens de tribu ou de parenté et, enfin, les organisations civiques ou de bienfaisance. Les membres de ces organisations constituent une "communauté" dans la mesure où ils partagent les mêmes objectifs.

En général, les individus participent aux groupes communautaires parce qu'ils espèrent profiter des actions conjuguées de tous les membres. Les partisans politiques espèrent bénéficier des politiques appliquées par leurs représentants. Les membres d'une tribu, partageant un héritage commun, espèrent maintenir leur identité culturelle en travaillant ensemble en tant que communauté.

Les membres peuvent se servir du groupe communautaire pour promouvoir divers intérêts communs. Par exemple, si un groupe reconnaît que l'état de santé de ses membres représente un intérêt commun, il pourra servir de véhicule pour l'organisation des services sanitaires. Il s'agit d'un intérêt partagé en commun par les membres du groupe qui n'enlève rien au but principal du groupe. Selon la structure de la communauté, divers systèmes de prestation de soins et de financement peuvent être élaborés avec le concours de la communauté afin de lui fournir des bénéfices sanitaires. Il convient particulièrement aux communautés telles que les coopératives, les groupes créés dans le but de commercialiser les produits des membres et les syndicats, qui ont déjà l'habitude de procurer des ressources, d'appliquer leurs mécanismes de financement existants au soutien des activités liées à la santé.

Soins de santé primaires

Comme l'explique plus amplement l'introduction ci-dessus, les soins de santé primaires consistent à rendre les interventions sanitaires de base universellement accessibles à tout individu et à toute famille, en raison de leur participation intégrale et à un coût abordable pour la communauté et le pays. Les services de soins de santé primaires concernent en particulier les groupes communautaires dans la mesure où ces services se basent sur la situation locale et se conforment en principe aux besoins de la communauté.

Les soins de santé primaires représentent le niveau le plus élémentaire des trois niveaux de soins sanitaires dont une communauté peut avoir besoin. Les deux niveaux plus spécialisés -- les soins de santé secondaires et tertiaires -- s'ajoutent aux services SSP. La Déclaration d'Alma-Ata définit ainsi la relation entre les soins de santé primaires, secondaires et tertiaires:

> . . . les autres niveaux du système . . . convergent sur les services des soins de santé primaires afin de les étayer et de leur permettre de fournir des soins de santé essentiels de manière permanente. Au niveau intermédiaire (soins de santé secondaires), il s'agit d'aborder des problèmes plus compliqués et de fournir des soins plus délicats et spécialisés ainsi qu'un appui logistique. A ce niveau, un personnel ayant reçu une formation plus approfondie fournit un appui en matière de formation et de conseils visant les problèmes d'ordre pratique qui se posent concernant tous les aspects des soins de santé primaires. Le niveau central (soins de santé tertiaires) comporte une expertise en matière de planification et de gestion, des soins très spécialisés, un programme d'enseignement à l'intention du

personnel spécialisé, l'expertise propre à des institutions telles que les laboratoires sanitaires centraux et, enfin, un soutien logistique et financier central.(1)

La prestation efficace des soins de santé primaires est impossible sans l'appui des autres services de soins sanitaires. Ils font tous partie du même système. (Voir figure 1-1.)

Financement

Le financement consiste à procurer des ressources en vue de soutenir ou de payer certains produits ou services. Ces ressources peuvent se présenter sous forme d'espèces ou de contributions en nature, par exemple de la main-d'oeuvre ou du matériel. En ce qui concerne l'identification des ressources exigées et les fins auxquelles elles seront destinées, il convient de tenir compte des besoins non seulement au niveau des opérations quotidiennes mais aussi au niveau des investissements à plus long terme.

Le financement des soins sanitaires provient de diverses sources. Les sources les plus usuelles se répartissent en sources publiques, ou gouvernementales, et privées, ou communautaires. (Voir figure 1-2.) Dieter Zschock examine ces sources de financement dans une monographie intitulée "Health Care Financing in Developing Countries".(2)

Ces sources fournissent collectivement les espèces et les ressources en nature qui financent les soins de santé tertiaires, secondaires et primaires. Le niveau de contribution et le type de ressource fournis dépendent des besoins du secteur sanitaire, ainsi que de la volonté et de la capacité de chaque source de payer les services.

**FIGURE 1-1. -- UN SYSTEME DE SOINS DE SANTE**

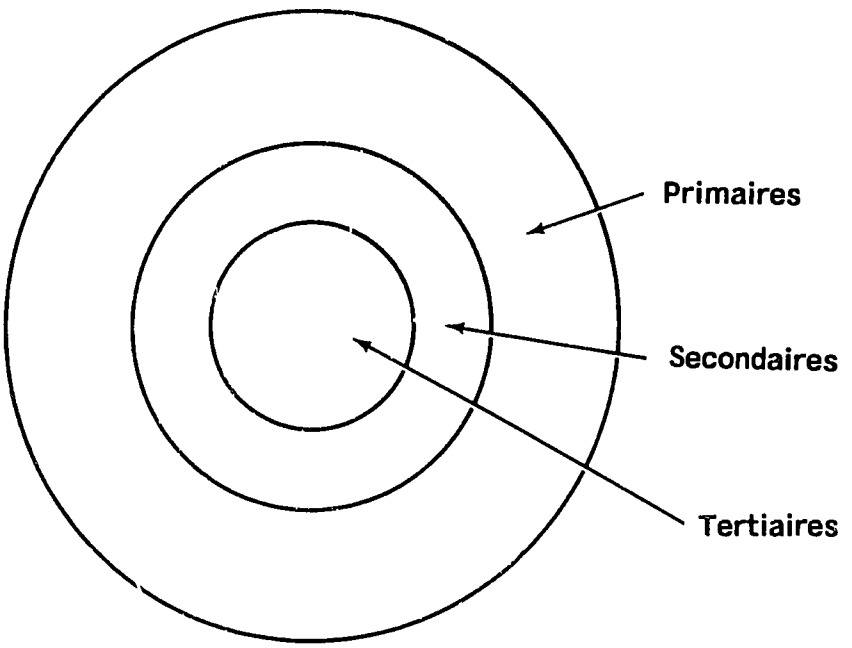
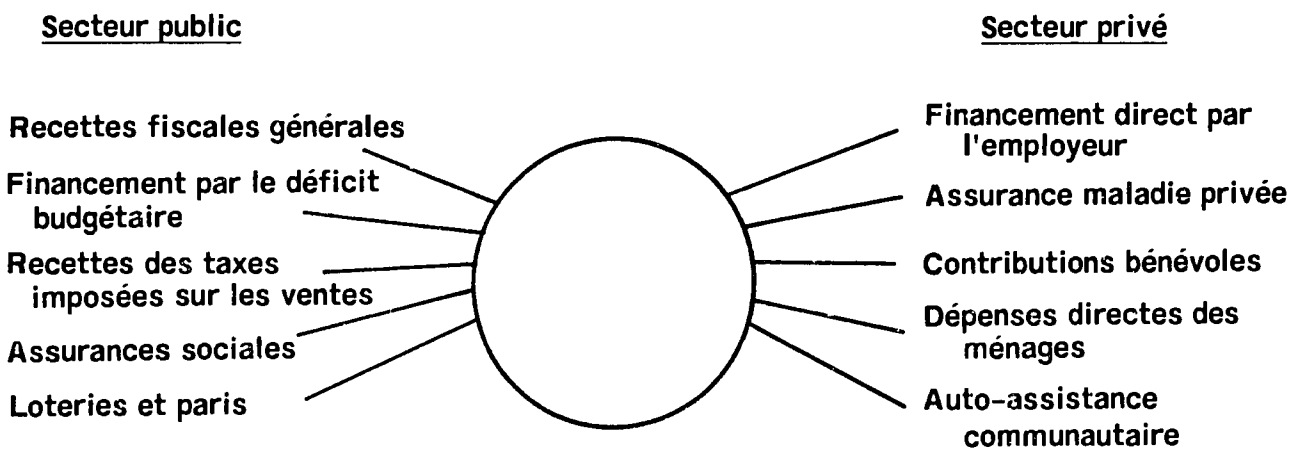


**FIGURE 1-2. -- SOURCES DE FINANCEMENT DES SOINS DE SANTE**




Financement communautaire des soins de santé primaires

Le financement communautaire des soins de santé primaires est donc défini comme étant la mobilisation de ressources amorcée par une communauté en vue de soutenir, en partie ou intégralement, et à l'intention de ses membres, les services sanitaires préventifs et curatifs de base.

EVOLUTION DE L'INTERET PORTE AU FINANCEMENT COMMUNAUTAIRE

Milton Roemer a retracé la longue histoire du financement du secteur sanitaire dans l'Occident jusqu'à l'époque préhistorique. Il a découvert que, dès le début, les groupes au niveau du ménage et de la communauté ont joué un rôle capital en consacrant des ressources aux activités sanitaires. Dans l'antiquité, ces groupes fournissaient aux guérisseurs des cadeaux, des aliments, un logement et d'autres formes de récompense matérielle. En Grèce et à Rome, à l'époque classique, on commençait à percevoir des impôts publics et à les appliquer aux soins médicaux, ainsi qu'à l'approvisionnement en eau et à l'assainissement, à mesure que les états-cités se développaient. Au moyen âge, les propriétaires féodaux ont financé les soins sanitaires fournis aux familles travaillant sur leur propriété, alors que, en ville, les "médecins artisanaux" et les "apothicaires" ont commencé à recevoir des honoraires versés par un ménage ou par un individu cherchant à se faire soigner. Les institutions religieuses musulmanes et chrétiennes ont commencé à fournir des soins, surtout à l'intention des populations démunies, financés par les dons de charité offerts par les membres de la communauté et complétés, plus tard, par les recettes fiscales municipales.

Les corporations à l'époque de la Renaissance et de la Réforme ont commencé à percevoir auprès des membres des contributions régulières destinées à assurer une assistance aux membres en cas de maladie ou de décès. Ultérieurement, avec la naissance de l'entreprise commerciale et de l'usine, les travailleurs ont commencé à créer des coopératives, qui ont établi des "fonds communs d'assistance aux malades", les précurseurs des programmes volontaires d'assurance maladie d'aujourd'hui, comme l'indique Roemer. Pendant la révolution industrielle, la création des syndicats ouvriers et des partis politiques a incité les gouvernements européens à établir des "fonds de maladie", ce qui marque le début du financement des soins de santé par le moyen de sécurité sociale ou d'assurances sociales. A la même époque, les conditions de surpopulation et d'insalubrité qui accompagnaient la croissance des centres urbains ont conduit à la naissance du mouvement de la santé publique et à l'application des recettes fiscales locales au financement de l'amélioration de l'hygiène du milieu.

Au 20e siècle, les charges fiscales au niveau national ont joué un rôle de plus en plus important, qui devint finalement capital, dans le financement des activités sanitaires. Parmi les autres nouvelles sources de financement, on peut citer les organisations industrielles (qui ont financé des services sanitaires à l'intention des ouvriers depuis le simple traitement de blessures jusqu'aux soins médicaux complets et aux mesures de sécurité) et, surtout après la Deuxième Guerre mondiale, l'aide extérieure. Au cours de tous ces événements, le financement privé au niveau du ménage est resté important dans les pays industrialisés aussi bien que dans les pays en développement.

Comme l'indique le passage précédent, la mobilisation des ressources communautaires en vue de financer des activités sanitaires (grâce à des mécanismes allant des dépenses et des contributions privées des familles aux groupes d'ouvriers et aux programmes d'assurances) ne constitue guère un phénomène nouveau. Ce qui est nouveau, c'est l'intérêt grandissant porté au financement communautaire en tant qu'alternative par rapport à l'expansion continuelle du rôle des gouvernements centraux dans le financement des activités sanitaires.

Intérêt international

Les organisations internationales travaillant dans le domaine de la santé ont commencé à s'intéresser au financement communautaire dans le cadre du financement global du secteur sanitaire. Il y a vingt ans, on disposait de peu de renseignements concernant la question de savoir comment les différents pays financent leurs activités sanitaires et comment le type de financement appliqué affecte les services fournis. En conséquence, des documents de travail ont été préparés et des études de cas basées sur des pays entiers ont été effectuées, particulièrement au cours des dix dernières années, par des organisations telles que l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS), l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (AID) et l'Organisation mondiale de la santé (OMS), dans le but de combler les lacunes des connaissances au sujet du financement global du secteur de la santé.(4-8) Pendant cette période, le phénomène le plus important en matière de politique sanitaire a été l'engagement croissant de la part de

nombreux pays d'élargir les services de santé de manière à incorporer les soins de santé primaires. Il en découle qu'on s'est intéressé également à identifier diverses possibilités pour mobiliser de nouvelles ressources financières en vue de faciliter une telle expansion des services.

Les documents de travail et les études de cas ont déjà fait ressortir plusieurs résultats importants, y compris les points suivants:

1. La "lacune au niveau des ressources" entre les coûts réels des soins de santé primaires et les dépenses effectuées dans le cadre des soins de santé primaires est devenue évidente à mesure que les études de cas ont commencé à documenter les coûts et les dépenses.

2. Malgré le fait que les gouvernements centraux étaient considérés comme la principale source de financement pour la multiplication des activités dans le domaine des soins de santé primaires, les études de cas basées sur des pays entiers ont révélé que les dépenses sanitaires non gouvernementales étaient considérables. Cependant, ces dépenses visaient en bonne partie les services privés et curatifs, plutôt que les services de promotion ou de prophylaxie et les autres activités présentant la meilleure possibilité d'améliorer la situation sanitaire.

Ces deux résultats ont contribué à stimuler l'intérêt porté à l'identification de solutions capables de combler la lacune au niveau des ressources par le biais d'une répartition plus rationnelle de toutes les ressources de financement de la santé. L'intérêt porté au financement communautaire s'est redoublé en conséquence. En 1980, compte tenu du fait que "la mobilisation des ressources nécessaires devient une question capitale en ce qui concerne l'extension des soins de santé primaires", l'OMS a lancé un projet spécial, "Coût et financement des soins de santé primaires au niveau communautaire", dont le but était d'"identifier diverses alternatives de soutien économique et de mobilisation de ressources pour certains ou l'ensemble des éléments des soins de santé primaires au niveau communautaire".(6)

La Banque mondiale et l'AID ont financé un certain nombre d'études destinées à perfectionner les connaissances concernant les dépenses sanitaires effectuées au niveau du ménage et de la communauté (7,8) En juin 1982, la réunion annuelle du Conseil national pour la santé internationale a adopté comme thème de conférence le "Financement des services de santé dans les pays en développement", et plusieurs études présentées à cette réunion ont porté sur le financement communautaire.(9,10) A la fin de 1982, l'Association de santé publique américaine, avec l'appui de l'AID, a publié un examen exhaustif du financement communautaire.(11) Enfin, pour ce qui est du financement de la recherche, le PRICOR a identifié le financement communautaire des soins de santé primaires comme un sujet prioritaire.

Intérêt national

Outre l'intérêt qu'ils portent au financement communautaire comme moyen de renforcer les soins de santé primaires, les responsables au niveau national ont commencé à situer le financement communautaire dans un contexte plus large qui regroupe le développement économique et social global. Plusieurs programmes de développement ambitieux lancés dans les années 70 ont été financés par une combinaison de ressources du gouvernement central et de dette extérieure. Deux conséquences de ces tentatives ont commencé à se manifester au cours des années 70. Premièrement, en ce qui concerne les charges récurrentes, les besoins au niveau des projets de développement, devenus entre-temps des programmes permanents, ont commencé à se réaliser et à grever le budget national. Deuxièmement, le calendrier d'amortissement de la dette imposé par les emprunts antérieurs a commencé à pousser les dépenses gouvernementales jusqu'aux limites des capacités fiscales. A la même époque, la récession mondiale et la réduction de la production ont conduit à un arrêt complet ou même à une baisse des recettes nationales.

La convergence de ces phénomènes, ajoutée à l'évolution de l'opinion concernant le financement des soins de santé primaires, a entraîné une réévaluation fondamentale du rôle du gouvernement central dans le financement et la prestation des services et des activités SSP. La supposition que les ministères de la santé et les autres organismes du gouvernement central sont, ou devraient être, le prestataire principal, sinon unique, de soins de santé primaires a été mise en question par les contraintes sévères pesant sur la capacité des gouvernements à financer ces efforts et par le fait qu'une partie du financement des soins de santé par les ménages individuels et les groupes communautaires est supérieure à celle qui avait été présentée. Les soins de santé primaires visent à mobiliser au niveau communautaire un accroissement de la participation à la prestation de soins et à son contrôle, et contribuent donc à cette réévaluation fondamentale.

Vu le caractère social des bénéfices des SSP (c'est-à-dire la tendance de ces bénéfices, tels que les programmes d'immunisation, d'assainissement et de protection maternelle et infantile, de revenir à toute la communauté et non pas seulement aux individus), un certain rôle gouvernemental semble logique. Mais cela ne signifie pas que les sources publiques devraient ou même pourraient financer intégralement les soins de santé primaires. Le financement communautaire, malgré ses contraintes, représente une source importante qui a été appliquée avec succès dans le passé et qui, éventuellement, sera encore plus utile dans l'avenir. Il se peut qu'un certain amalgame de financement communautaire et public soit l'approche la plus efficace dans le domaine des soins de santé. En ce qui concerne le financement gouvernemental et communautaire des services SSP, un examen de la situation actuelle constitue un pas important vers la recherche du programme financier le plus approprié.

IMPORTANCE DE LA RECHERCHE OPERATIONNELLE SUR LE FINANCEMENT COMMUNAUTAIRE

Il existe plusieurs questions à aborder et plusieurs décisions à prendre au cours de la planification et de l'exécution d'un système de financement communautaire, par exemple l'élaboration des objectifs les plus appropriés du financement communautaire, l'établissement des meilleurs prix et, en ce qui concerne la collecte de recettes, le problème de décider quand et comment les percevoir. Rares sont les études systématiques déjà effectuées qui sont susceptibles de fournir un début de réponse à ces questions. Les recherches dans le domaine des soins de santé primaires ont souvent consisté en études de description ou d'évaluation et n'ont que rarement visé une identification et une résolution nettes des problèmes opérationnels importants. En outre, bien que les directeurs de programme et les chercheurs puissent profiter réellement des programmes et des études effectués ailleurs, d'autres recherches menées sur le terrain sont souvent nécessaires pour résoudre les problèmes d'ordre local.

La recherche opérationnelle peut apporter des contributions importantes à la solution de certains problèmes qui ont entravé l'élaboration de stratégies efficaces de SSP et de financement communautaire. La recherche opérationnelle bien conçue peut conduire à des économies de ressources et de temps en permettant d'aboutir à des stratégies préférables en limitant l'éventail des choix, puis en éliminant les essais inutiles sur le terrain. Elle peut renforcer également la modification de politiques et de stratégies en utilisant de façon systématique tous les renseignements acquis grâce à l'expérience.

Le chapitre suivant présente un certain nombre de questions liées au financement communautaire des soins de santé primaires qui se prêtent à la recherche opérationnelle. Le chapitre III expose une méthode d'approche générale applicable à la recherche opérationnelle sur ces questions.

NOTES

1. Primary Health Care, Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978, parrainée conjointement par l'OMS et l'UNICEF (Genève: OMS, 1978), p. 53.

2. Dieter K. Zschock, Health Care Financing in Developing Countries (Washington, DC: APHA, Série de monographies sur les programmes de santé internationaux, n° 1, 1979).

3. Milton Roemer, "Financing of Health Services: Proceeding of a World Health Organization Interregional Workshop, Mexico, 26-30 November, 1979", (Genève: OMS, SHS/SPM/80.3), p. 31-39.

4. Financing of Health Services: Report of WHO Study Group (Genève: OMS, Série de rapports techniques 625, 1978).

5. "Methods of Financing Health Activities: Background Document" (Genève:

OMS, Etude réalisée par un groupe d'experts sur le financement des services sanitaires, SHS/FIN/77.1, du 21 au 25 novembre 1977).

6. "Cost and Financing Patterns of Primary Health Care (PHC) at the Community Level" (Genève: OMS, Document de projet SHS/PHC, mars 1980), p. 1-2.

7. Nancy Birdsall et F. Orivel, "The demand for and willingness to pay for health and schooling in Mali" (Washington, DC: Banque mondiale, ronéoté, rapport préliminaire, février 1983).

8. J.S. Akin, C.C. Griffin, D.M. Guilkey et B.M. Popkins, "The Demand for Primary Health Care Services in Low Income Countries: A Review and Case Studies", rapport préliminaire (Washington, DC: AID, 1982).

9. _____, "The Demand for Primary Health Care Services in The Bicol Region of the Philippines", rapport présenté à la conférence du Conseil national pour la santé internationale (NCIH), du 14 au 16 juin 1982.

10. Clive Gray, "Issues in Defining and Measuring Recurrent and Capital Costs of Primary Health Care Interventions in Africa", rapport présenté à la conférence du NCIH, du 14 au 16 juin 1982.

11. Wayne Stinson, Community Financing of Primary Health Care (Washington, DC: APHA, Série 1 de monographies sur les programmes de santé internationaux, n° 4, 1982), p. 13.

# CHAPITRE II

# PROBLEMES D'ORDRE OPERATIONNEL LIES AU FINANCEMENT COMMUNAUTAIRE

## CHAPITRE II. PROBLEMES D'ORDRE OPERATIONNEL LIES AU FINANCEMENT COMMUNAUTAIRE

Ce chapitre présente des sujets de recherche en matière de financement communautaire (FC), autrement dit des "groupes de problèmes", ainsi que les variables à considérer à la fois en examinant de manière plus approfondie le problème opérationnel et en analysant les solutions possibles au problème. Il comporte plus précisément: 1) une présentation de la gamme des groupes de problèmes possibles dans le domaine de la recherche; 2) un examen d'un problème important concernant la recherche sur le financement communautaire -- les méthodes de mobilisation des revenus; 3) une explication d'une approche fonctionnelle permettant l'analyse des problèmes au niveau du financement communautaire; 4) un examen de la possibilité de dégager les variables qui pourraient avoir un certain intérêt dans l'analyse des solutions aux problèmes de recherche opérationnelle, toujours dans le domaine du financement communautaire; 5) une liste des variables les plus fréquentes pour chacun des groupes de problèmes affectant le financement communautaire; et 6) une technique pour l'établissement des priorités.

### GROUPES DE PROBLEMES EN MATIERE DE FINANCEMENT COMMUNAUTAIRE

Comme l'indique le chapitre 1, les organismes nationaux et internationaux s'attachent à examiner les moyens possibles d'incorporer le financement communautaire aux systèmes de soins de santé primaires. Les pays diffèrent, cependant, en ce qui concerne les objectifs fixés pour le financement communautaire, les populations visées, les méthodes de mobilisation des ressources et les procédures à appliquer en fixant les tarifs, en percevant les recettes, en gérant et en contrôlant les systèmes financiers. L'utilité de la recherche opérationnelle est inestimable dans la prise de décisions d'ordre tactique et stratégique portant sur l'affectation des ressources, la structure des programmes et les procédures.

L'expérience a montré que les décideurs et les directeurs de programmes doivent aborder certains, sinon l'ensemble, des groupes de problèmes au cours de l'élaboration et de l'application des systèmes de financement communautaire. On peut résumer ainsi les différents groupes de problèmes:

1. Le rôle de la communauté
2. Les objectifs du financement communautaire
3. Les liens avec d'autres sources de financement des soins de santé primaires
4. Ceux qui contribuent au financement communautaire et ceux qui en bénéficient
5. Les services et les produits à financer
6. Les méthodes de mobilisation des revenus
7. Les prix, les tarifs et les charges
8. La formation et l'enseignement
9. La gestion et l'administration
10. Les paiements et la collecte des recettes
11. La supervision et le contrôle
12. Le suivi et l'évaluation de la performance du FC.

Parmi ces groupes de problèmes, les méthodes de mobilisation des revenus ont suscité beaucoup plus d'intérêt que l'ensemble des autres groupes de problèmes. Par conséquent, on présente ici un examen de l'expérience récente dans ce domaine.

METHODES DE MOBILISATION DES REVENUS: UN EXAMEN DE L'EXPERIENCE RECENTE

Les directeurs de programmes et les décideurs se sont intéressés en particulier à trouver diverses options pour la mobilisation des ressources communautaires en vue d'appuyer les programmes de soins de santé primaires. Ainsi, les méthodes de mobilisation des revenus, c'est-à-dire les stratégies de financement, ont été mieux étudiées que l'ensemble de tous les autres problèmes d'ordre opérationnel. La monographie de l'Association de santé publique américaine (APHA) intitulée "Community Financing of Primary Health Care", rédigée par Wayne Stinson et citée au chapitre 1, présente une vue d'ensemble complète de l'expérience récente en matière de financement communautaire au niveau des pays individuels.(1) On résume ici les résultats pertinents de manière à donner une idée de l'éventail des stratégies de financement communautaire existantes et à identifier certains des avantages et des inconvénients de ces différentes options. Le tableau 2-1 récapitule les stratégies examinées.

Stinson a identifié une centaine de projets et programmes SSP se servant d'un financement communautaire, depuis le programme national de la République populaire de Chine jusqu'à des projets pilotes à petite échelle. Il a regroupé les stratégies de financement communautaire existantes dans plusieurs grandes catégories. Ce sont:

- Les honoraires
- La vente des produits pharmaceutiques
- Le paiement anticipé personnel
- Le paiement anticipé basé sur la production
- Les stratégies de formation de revenu
- La main-d'oeuvre communautaire
- La main-d'oeuvre individuelle
- Les dons et les contributions ponctuelles
- Les kermesses, les loteries et d'autres activités similaires.(2)

Quant aux objectifs, ou aux emplois, du financement communautaire, Stinson a trouvé que les principales dépenses visent la rémunération des agents de santé, le réapprovisionnement en produits pharmaceutiques de base, les revenus généraux, le paiement partiel des frais de formation, le paiement partiel des coûts d'hospitalisation et, enfin, les programmes destinés à compléter les services sanitaires gouvernementaux.

## TABLEAU 2-1. -- AVANTAGES ET INCONVENIENTS DE DIVERSES METHODES DE FINANCEMENT COMMUNAUTAIRE

| *méthode* | *points forts* | *points faibles* | *emplois appropriés* | *besoins complémentaires* | *problèmes communs* |
|---|---|---|---|---|---|
| Honoraires | Rémunération des agents de santé si celle-ci est modérée par une échelle mobile | Connaissance existante; peut déplacer les dépenses privées actuelles vers le secteur public | Finance surtout les services de soins curatifs pour ceux qui ont les moyens nécessaires; aucun partage des risques | Appui visant les efforts prophylactiques et communautaires | Beaucoup de gens hésitent à payer des agents communautaires relativement peu formés tant qu'un praticien traditionnel ou privé est disponible |
| Vente de produits pharamaceutiques | Assure le coût des produits pharmaceutiques à l'intérieur du pays | Réduit les coûts des produits pharmaceutiques grâce à une main-d'oeuvre non rémunérée et en mettant l'accent sur une gamme restreinte de produits essentiels | Finance surtout les services de soins curatifs pour ceux qui ont les moyens nécessaires; aucun partage des risques | Une aide aux indigents; des devises permettant des importations; un appui visant les efforts prophylactiques et communautaires | Interruptions au niveau de l'approvisionnement; "décapitalisation"; marché noir |
| Paiement anticipé personnel | Paiement anticipé des coûts fixes, si établi en fonction des revenus de la famille | Répartit les coûts des services sanitaires parmi les bien portants et les malades | Les individus hésitent souvent à payer les soins sanitaires, sauf en cas d'obligation spécifique | Des fonds d'appoint seront peut-être nécessaires pour couvrir les dépassements de coûts | Beaucoup de gens préfèrent payer des honoraires tant que cette option leur est permise; sélection adverse |
| Paiement anticipé basé sur la production | Convient aux personnes employées ou à la production coopérative ou communautaire | Financement basé sur une unité économique existante | Disponible à des populations restreintes (sauf dans le cas où la production est communautaire) | Un appui visant les groupes de subsistance | Très sensible aux forces économiques |
| Formation de revenu | Convient surtout aux projets multisectoriels (et concerne en particulier les organisations bénévoles privées) | Permet l'application de la main-d'oeuvre communautaire aux charges récurrentes | Frais de démarrage peuvent être excessivement élevés | Des fonds d'appoint | Très sensible aux forces économiques |
| Main-d'oeuvre communautaire | Convient à la construction et à l'entretien des installations | Utilise une ressource abondante | Disponible pendant certaines saisons seulement et applicable aux coûts ne se présentant qu'une seule fois | Un appui pour couvrir les charges récurrentes | L'intérêt baisse au niveau communautaire si le gouvernment ne fournit pas les facteurs de production attendus |
| Main-d'oeuvre individuelle | S'applique surtout aux activités sanitaires à temps partiel et complémentaires | Utilise une ressource abondante | Disponible en général qu'à temps partiel; changement de personnel rapide peut augmenter les coûts de formation | Système de référence applicable à tous les problèmes à part les plus simples | N'est pas toujours disponible au moment voulu |
| Dons et contributions ponctuelles | Achat d'équipement ou d'un premier stock de produits pharamaceutiques | Peut utiliser du matériel local facilement disponible; les dons permettent aux individus de contribuer en fonction de leurs moyens | Utilité limitée, applicable surtout aux coûts ne se présentant qu'une seule fois | Un appui pour couvrir les charges récurrentes | Peut être difficile du point de vue de la motivation |
| Kermesses, loteries, etc. | Achat d'équipement ou d'un premier stock de produits pharmaceutiques; construction d'infrastructure dans certains pays | Un paiement peut être "agréable" | Utilité limitée, applicable surtout aux coûts ne se présentant qu'une seule fois; efficacité insuffisante | Un appui pour couvrir les charges récurrentes | |

*Source: W. Stinson. Community Financing of Primary Health Care. Tableau 3.6. "Overall evaluation of community finance alternatives", p. 39.*

La plupart des projets appliquent le financement communautaire à plusieurs fins différentes; néanmoins, les communautés figurant dans cette étude n'ont pas participé au financement du suivi, des véhicules, de l'essence ou d'un équipement majeur.(3)

On récapitule ci-dessous l'expérience récente dans le domaine des méthodes de mobilisation des revenus, ainsi que leurs avantages et leurs inconvénients respectifs. (Pour un examen plus approfondi, voir Stinson, "Community Financing", chapitre 2.)

Honoraires

Le versement d'honoraires aux fournisseurs de soins de santé constitue une méthode très répandue de financer les services de soins de santé publics aussi bien que privés. Bien que les paiements en nature (par exemple en bétail ou en produits) soient acceptés plus souvent par les guérisseurs traditionnels que par les praticiens de la médecine contemporaine, il n'est pas rare qu'un malade contribue de la main-d'oeuvre en échange de sa consultation à la clinique. Les honoraires servent le plus souvent à rémunérer les agents de santé ou à produire des revenus généraux, qui peuvent être appliqués à l'achat de produits pharmaceutiques ou d'autres fournitures.

On a identifié divers systèmes de collecte et de gestion de recettes. Dans certains cas, les agents de santé perçoivent et gardent les honoraires eux-mêmes; dans d'autres cas, c'est le personnel de la clinique ou un comité sanitaire qui s'occupe des fonds.

En ce qui concerne la fixation des honoraires, on a identifié trois méthodes de base: une négociation entre les agents de santé et les malades; une consultation conjointe entre les communautés et les spécialistes; une décision unilatérale professionnelle ou gouvernementale. L'étude de Stinson a révélé que, très souvent, une évaluation subjective de la capacité et de la volonté du malade de payer constitue le principal facteur en fixant les honoraires à appliquer. On ne s'est servi que très rarement d'enquêtes ou d'autres moyens officiels afin d'évaluer la capacité et la volonté de payer. On ne s'est pas suffisamment appuyé non plus, en fixant les honoraires, sur d'autres critères tels que les besoins de revenus globaux ou les niveaux d'utilisation. Bon nombre de projets, cependant, déclarent qu'ils appliquent des échelles mobiles pour les honoraires ainsi que des exemptions dans le cas de certaines catégories de malades ou de conditions.

Vente de produits pharmaceutiques

La vente de produits pharmaceutiques constitue la méthode de financement citée le plus souvent après les honoraires. En fait, les coûts des produits pharmaceutiques représentent une composante importante des coûts récurrents des soins de santé primaires. Les efforts dans le domaine du financement communautaire examinés par l'APHA ont mis l'accent sur la distribution d'un nombre relativement restreint (entre cinq et quinze) de produits pharmaceutiques "de base". Les prix sont souvent maintenus à un niveau inférieur à celui qu'appliquent les pharmacies privées par le biais

de subventions gouvernementales, de contrôles des prix de gros ou de commercialisation à but non lucratif en passant par des pharmacies communautaires. Il en ressort une possibilité de concurrence avec le secteur privé, mais les programmes réussis ont scrupuleusement établi de bonnes relations entre le secteur privé et les efforts communautaires.

Bien que de nombreux projets vendent des produits pharmaceutiques afin de se procurer des revenus généraux, la majorité des projets recensés ont prévu des fonds de roulement pour produits pharmaceutiques, basés sur le principe d'"autofinancement", qui appliquent les recettes des ventes à l'achat de nouveaux produits. Tout excédent est utilisé, le plus souvent, pour rémunérer les agents de santé ou pour couvrir d'autres frais. Un tel fonds exige des capitaux de démarrage, capables en général d'assurer l'achat d'un approvisionnement qui durera trois mois et souvent réunis par le biais d'une campagne communautaire pour se procurer des fonds ou encore par le biais de la vente d'actions dans le fonds de roulement. Cette dernière approche semble avoir obtenu les meilleurs résultats.

Parmi les principales méthodes de gestion appliquées figurent la vente effectuée par des agents de santé individuels, la vente au niveau des pharmacies communautaires, la vente dans les cliniques de santé et la vente effectuée par des commerçants établis. Quelques projets ont créé des systèmes spéciaux destinés à assurer que les produits pharmaceutiques soient disponibles aux indigents et à promouvoir un comportement sanitaire voulu. Par exemple, dans un projet particulier, le malade assure tous les frais des doses de vaccin subséquentes exigées lorsque la première dose a été offerte.

Paiement anticipé personnel ou basé sur la production

Les honoraires et la vente de produits pharmaceutiques reposent sur le principe que l'individu paie lorsqu'il a besoin de produits ou de services, généralement en cas de maladie. En revanche, les programmes de paiement anticipé ou d'assurances reposent sur le principe que l'individu paie les services et les activités sanitaires avant de tomber malade; les coûts et les "risques" de maladie sont partagés par tous les participants, quelle que soit l'utilisation individuelle.

Les programmes de paiement anticipé dans les pays en développement n'essaient que rarement d'assurer tous les coûts; un système de paiement conjoint (qui consiste à payer une partie des frais au moment où les services sont rendus) est plus commun. L'application de charges complémentaires permet à ceux qui ne sont pas membres de recevoir des services et décourage une utilisation excessive. Elle permet en plus de se servir des paiements anticipés pour assurer certains coûts "fixes" et prévisibles (par exemple les salaires des agents), dans la mesure où les revenus complémentaires sous forme de charges directes peuvent financer d'autres coûts qui varient en fonction de l'emploi, par exemple les médicaments. En ce qui concerne les méthodes examinées par l'APHA, les revenus complémentaires étaient consacrés le plus souvent au financement des salaires des agents de santé et des produits pharmaceutiques.

Le paiement anticipé personnel diffère du paiement anticipé basé sur la production. Le premier paiement prévoit, de la part des individus ou des ménages, le versement direct -- en espèces ou en nature -- de primes ou de cotisations. Pour que les méthodes de paiement anticipé personnel soient financièrement viables, elles doivent parvenir à inscrire un nombre minimum de cotisants et à maintenir un équilibre entre le nombre de personnes en bonne santé et de malades. Comme le souligne la monographie de l'APHA, il n'existe ni consensus ni conseils à proprement parler concernant la définition d'un niveau d'inscription minimum ou d'un équilibre adéquat. Seuls quelques projets ont tenu compte des revenus ménagers (c'est-à-dire la capacité de payer) en fixant les primes de cotisation, bien que certains projets accordent des exemptions spéciales aux ménages démunis.

L'expérience montre que les taux de renouvellement de cartes de membres et de collecte de primes sont faibles tant que ceux qui ne sont pas membres peuvent payer directement les services rendus en fonction des besoins. Elle montre également qu'il convient d'établir des sources de revenus "d'appoint" ou de réserve afin d'assurer le fonctionnement du programme de base lorsque les temps sont difficiles, vu que la capacité des ménages à payer varie en fonction des circonstances économiques. Un programme, le Dana Sehat en Indonésie, place tous ses revenus excédentaires dans une société de crédit communautaire qui, par la suite, accorde des prêts au programme pour lui permettre de couvrir ses déficits. Les promoteurs extérieurs constituent une autre source de revenus de réserve.

Le paiement anticipé basé sur la production dépend d'impôts sur la commercialisation, de taxes ou d'autres mécanismes similaires destinés à retirer les excédents amassés par les entreprises productives. Il peut être complété par les contributions des ouvriers (sous forme d'impôt sur les salaires) ou des gouvernements. L'étude de l'APHA a identifié neuf stratégies basées sur la production ou la commercialisation et constate que l'une des stratégies, le système chinois, a été adoptée par 85 pour cent des brigades de production, couvrant 80 pour cent de la population de la Chine. Les programmes au Japon, en Ethiopie et au Bénin visent à couvrir une partie importante de leurs populations nationales.

D'autres études ont trouvé qu'entre 40 et 75 pays ont maintenant des programmes volontaires ou obligatoires d'assurances sociales ou de sécurité sociale. Bon nombre se basent sur la coopération entre le gouvernement, les travailleurs et les entreprises économiques. Dans l'ensemble, ils figurent parmi les formes de financement sanitaire dont l'évolution actuelle est la plus rapide.

Les unités économiques sur lesquelles reposent les méthodes de paiement anticipé examinées par l'APHA englobent des groupes d'intérêt commun, des usines, des coopératives composées d'agriculteurs ou de producteurs et des associations communautaires de commercialisation. Il existe plusieurs façons différentes d'appliquer des fonds au financement des activités liées à la santé; les participants peuvent établir leurs propres systèmes de services sanitaires, traiter avec des praticiens ou des organisations privés ou même passer un marché avec le Ministère de la santé pour fournir des services.

Main-d'oeuvre communautaire ou individuelle et stratégies de formation de revenu

La main-d'oeuvre communautaire, fournie par des volontaires, est souvent associée à la participation communautaire aux soins de santé primaires. Des volontaires apportent souvent leur soutien à des activités de base destinées à améliorer l'hygiène du milieu, par exemple la construction de latrines, l'amélioration de l'alimentation en eau et l'évacuation des déchets. Ils participent également à la construction et à l'entretien de cliniques et de logements. Certains agents de santé villageois non rémunérés fournissent des services de soins de santé de base et très souvent des volontaires participent à des activités telles que les campagnes d'immunisation, l'éducation sanitaire et les programmes de vulgarisation de la thérapie de réhydratation orale. Bien que les contributions sous forme de main-d'oeuvre bénévole au niveau communautaire ou individuel se soient avérées difficiles à maintenir très longtemps, elles ont réussi à diminuer les coûts récurrents et à renforcer et à élargir les activités liées à la santé.

Dans plusieurs pays, les stratégies de formation de revenu servent à produire des revenus généraux pour financer certaines activités dans le domaine de la santé. Des rizeries, des pêcheries, des jardins communautaires, des laiteries, des boulangeries et des entreprises pharmaceutiques dirigées localement figurent tous parmi les stratégies de formation de revenu en cours citées dans la monographie de l'APHA.

Contributions ponctuelles et collecte de fonds

Les contributions fournies par des membres de la communauté, y compris des dons importants offerts par des individus aisés, aident souvent à financer certains coûts des activités liées à la santé. Les contributions peuvent se présenter sous forme d'espèces, de matériaux (de construction par exemple), de bétail (pour rémunérer les agents de santé) ou de terrain ou d'espace (pour une installation sanitaire). Les méthodes spéciales de collecte de fonds souvent appliquées pour encourager les contributions au niveau de la communauté comprennent les cotisations, les kermesses et les loteries.

Pour récapituler, l'étude de l'APHA a constaté que le financement communautaire vise le plus souvent les coûts liés à la rémunération des travailleurs, aux produits pharmaceutiques, à la construction et à l'entretien. Les activités visées concernent en particulier la prestation de services de base ainsi que d'autres activités menées à l'intérieur de la communauté des bénéficiaires. Les ressources accumulées -- en espèces, en main-d'oeuvre, en produits et en matériel -- accusent souvent une fiabilité variable et se sont avérées difficiles à maintenir à long terme.

En ce qui concerne les incidences du financement communautaire sur l'envergure des services, seules les activités caractérisées par une forte demande au niveau de la communauté bénéficient d'un soutien, ce qui n'englobe pas forcément les activités SSP. Le financement communautaire a amélioré l'accessibilité des services dans les zones mal desservies. Quant

à cet objectif précis, il reste à démontrer d'une manière décisive que le financement communautaire est plus efficace que d'autres types de financement.

La monographie de l'APHA constate à plusieurs reprises qu'il est nécessaire d'aborder bon nombre de questions et de prendre plusieurs décisions au cours de la planification et de l'application d'un système de financement communautaire. Par ailleurs, elle aboutit à la conclusion que "Les études sur le financement communautaire réussi doivent tenir compte à la fois du processus et des résultats; cet examen a trouvé peu de détails des deux côtés."(2) Les recherches commencent seulement à donner les renseignements nécessaires pour conseiller les planificateurs et les décideurs concernant la meilleure façon de structurer et de gérer les efforts dans le domaine du financement communautaire.

ANALYSE SYSTEMATIQUE DES PROBLEMES LIES AU FINANCEMENT COMMUNAUTAIRE

Les caractéristiques d'un problème opérationnel lié au financement communautaire peuvent varier selon que le chercheur étudie un système qui fonctionne déjà ou qu'il essaie de fournir des données pertinentes dans le cadre de la conception d'un nouveau système. Par exemple, la gestion d'un système de financement communautaire constitue un problème ordinaire, mais le chercheur adoptera une méthode en analysant les problèmes au niveau de la gestion d'un système de financement existant et une autre méthode en analysant les besoins en matière de gestion d'un système qui est au stade de la planification. Dans les deux cas, il convient d'exposer le problème général en détail, de définir les problèmes opérationnels moins importants et de fixer les priorités en ce qui concerne la recherche de solutions.

Il est recommandé de passer en revue les renseignements pertinents déjà existants avant de lancer un effort important d'analyse de problèmes. Par exemple, les enquêtes, les rapports de missions effectuées sur le terrain, les entrevues avec les principaux informateurs et les observations enregistrées identifient souvent les problèmes opérationnels. Les analystes peuvent avoir besoin de compléter ces données en acquérant de nouveaux renseignements. Quade propose une méthode de "journaliste enquêteur" qui consiste à interroger des gens et à poser les questions clefs liées au problème: qui, quoi, quand, où, comment et pourquoi.

Au moment d'entamer une étude, l'analyste devrait poser des questions au promoteur et à toutes les autres personnes associées à la situation problématique susceptibles d'apporter quelque chose à l'étude. En particulier, l'analyste cherche la réponse à des questions telles que les suivantes:

1. Comment la situation actuelle s'est-elle produite? Pourquoi constitue-t-elle un problème?

2. Qui sont les personnes qui estiment qu'il s'agit d'un problème?

3. Pourquoi est-il important de trouver une solution? Si une analyse est effectuée, qu'en fera-t-on? Sera-t-il possible de suivre les recommandations?

4. Quel aspect la solution doit-elle assumer? Quel type de solution sera acceptable?

5. S'agit-il vraiment du problème exact? Est-il possible qu'il s'agisse plutôt d'une manifestation ou d'un symptôme d'un problème beaucoup plus large? Vaut-il mieux aborder ce grand problème le cas échéant?

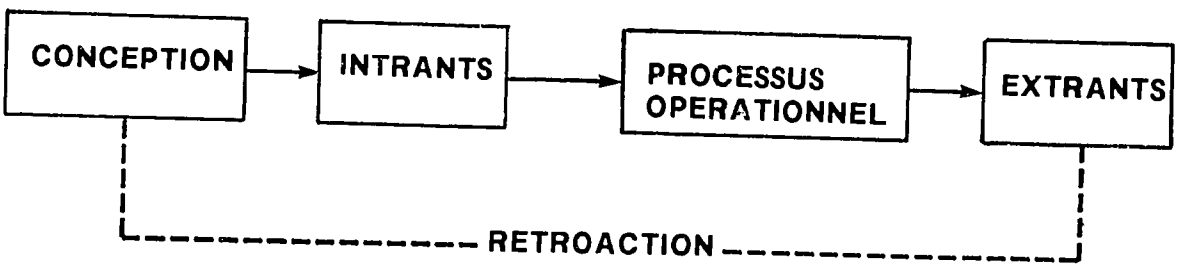
6. Les ressources analytiques sont toujours limitées; à ce stade, semble-t-il que l'étude envisagée aboutira à des résultats qui la justifieront ou ferait-on mieux d'appliquer l'effort analytique ailleurs?

Ce genre d'analyse de problèmes peut être suffisant. Néanmoins, en ce qui concerne la recherche opérationnelle sur le financement communautaire, il se peut qu'une approche fonctionnelle plus explicite soit nécessaire en matière d'analyse de problèmes.

Un système sert à absorber des intrants suivant un certain plan ou stratégie, puis à les transformer afin de produire des extrants. (Voir figure 2-1.) Johnson, et al., proposent que:

> La meilleure façon de comprendre (un) système est de décrire la succession des opérations, d'analyser chaque volet et d'examiner les relations et les contributions des éléments individuels par rapport au système entier. De cette manière, il est possible d'orienter les efforts en matière d'études vers les éléments qui ne parviennent pas à optimiser leur contribution à l'ensemble du système.(5)

FIGURE 2-1. -- UN SYSTEME SIMPLE



Les auteurs décrivent un système comme suit:

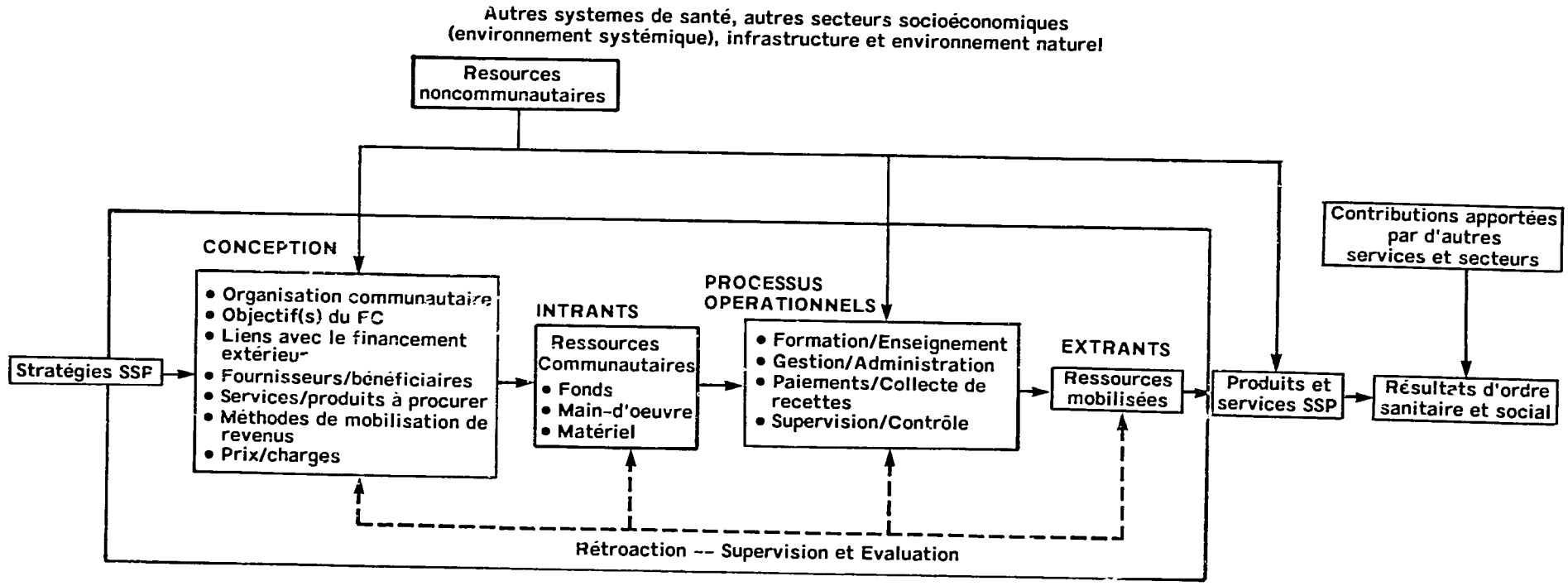
> Un système sera défini comme un ensemble de composantes destinées à atteindre un objectif particulier selon un plan. Cette définition comporte trois points importants. En premier lieu, il doit exister un but ou un objectif que le système vise à réaliser. En second lieu, il doit exister une conception, autrement dit une disposition établie des différentes composantes. En dernier lieu, il est essentiel d'allouer les intrants en matière de renseignements, d'énergie et de matériel selon un plan.... Tout système repose sur ces mêmes éléments.... Néanmoins, l'approche systémique applique un accent légèrement différent. Les renseignements, l'énergie et le matériel sont classés selon qu'ils servent 1) à créer un système ou 2) à assurer le fonctionnement d'un système.(6)

La recherche opérationnelle entend identifier les problèmes et évaluer les solutions possibles au niveau de la conception et de l'application. Les 12 groupes de problèmes cités au début de ce chapitre servent de point de départ dans la description d'un système de financement communautaire. Bien qu'une relation entre ces groupes de problèmes soit implicite, elle n'est pas toujours explicite. La recherche opérationnelle exige que les relations soient rendues explicites et définies de manière à dégager tout lien causal. Par exemple, quel est le rapport entre les objectifs d'un système de financement communautaire et les méthodes de mobilisation des revenus? C'est dans ce domaine qu'une description systémique s'avère utile.

La figure 2-2 constitue un exemple de diagramme (ou de modèle) qui expose le fonctionnement d'un système de financement communautaire. Le schéma présente les 12 groupes de problèmes à l'intérieur d'un rectangle qui définit les "limites" du système de financement communautaire. Les sept groupes de problèmes qui concernent en particulier les décisions au stade de la planification sont présentés dans la case de la "conception", alors que ceux qui se rapportent surtout aux décisions au stade de l'exécution figurent dans la case des "processus opérationnels". Néanmoins, les décisions portant sur la conception et sur l'exécution se rejoignent souvent, du fait que, en ce qui concerne les groupes de problèmes liés à l'exécution (formation/enseignement, gestion/administration, paiements/collecte de recettes, supervision/contrôle), il y a lieu d'intégrer la planification au système de financement entier.

Le grand rectangle représente l'environnement à l'intérieur duquel fonctionne le système de financement communautaire. Cet environnement est composé d'autres systèmes de santé (système privé, sécurité sociale, etc.), d'autres secteurs socioéconomiques (agriculture, transport, etc.), d'infrastructure (routes, réseaux de communication) et de forces naturelles (climat, aspects topographiques) qui se répercutent sur le système d'une manière ou d'une autre.

FIGURE 2-2. -- SCHEMA D'UN SYSTEME DE FINANCEMENT COMMUNAUTAIRE



Le système de financement communautaire a pour origine la stratégie SSP, qui est souvent élaborée en dehors de la communauté; par exemple, au niveau du Ministère de la santé. Cette stratégie peut exiger que les communautés contribuent au financement des soins de santé primaires. Mais, avant d'arriver à ce stade, il est nécessaire de planifier le système financier. Il y a lieu, par exemple, de prendre des décisions portant sur le rôle que la communauté jouera dans le système, les objectifs du financement, l'identification de ceux qui contribueront au système et de ceux qui en bénéficieront, les services à procurer et, enfin, les méthodes de mobilisation de ressources. Ces groupes de problèmes sont étroitement reliés entre eux, donc toute décision portant sur une partie du système-- par exemple, le prix qui sera appliqué aux sachets de sels de réhydratation orale -- doit être étudiée par rapport aux autres parties.

Une fois que la planification d'un système a été achevée, il est possible de l'appliquer en utilisant des intrants provenant de sources communautaires et noncommunautaires. Les intrants les plus importants seront les fonds, la main-d'oeuvre et le matériel.

Le choix de procédures pour payer et pour réunir ces ressources représente un problème d'ordre opérationnel qui dépend des décisions prises au niveau de la planification ou de la conception du système. Parmi les autres problèmes d'ordre opérationnel figurent la formation du personnel et l'enseignement fourni aux participants communautaires, la gestion et l'administration du système et, enfin, la supervision et le contrôle du système.

Les intrants sont transformés en extrants suivant la conception du système. Les extrants du système constituent les ressources mobilisées pour l'achat de produits et de services SSP qui, dans la mesure où leur utilisation est appropriée, sont censés avoir des incidences positives sur la situation sanitaire de la communauté. La rétroaction exposant le fonctionnement réel du système de financement communautaire permet aux décideurs de modifier la conception le cas échéant.

La figure 2-2 est une description <u>générale</u> d'un système de financement communautaire et des principales variables s'appliquant à un problème particulier. La recherche opérationnelle dans un pays individuel doit reposer sur une description des relations <u>réelles</u> affectant le programme SSP du pays.

Un schéma de financement tel que la figure 2-2 peut constituer un outil important pour l'analyse de problèmes, dans la mesure où il expose les principaux groupes de problèmes et montre comment ils sont reliés entre eux. Le fait de se servir de ce modèle simple afin d'arriver à une description plus approfondie d'un ou de plusieurs problèmes permet au chercheur de dégager les variables importantes et les relations existant entre elles qui méritent un examen.

IDENTIFICATION DES VARIABLES CLES D'UN PROBLEME

Lorsque les analystes se mettent à examiner un problème d'ordre opérationnel, ils doivent le plus souvent aborder un grand nombre de variables qui se répercutent sur le système et doivent, en plus, déterminer lesquelles parmi ces variables sont liées au problème en question. Les variables les plus pertinentes qui composent un problème peuvent être réparties en deux catégories: celles qui sont contrôlables et celles qui sont incontrôlables. On appelle les premières des variables de décision du fait qu'elles sont sujettes au contrôle du décideur (par exemple, les prix et les honoraires).

Il existe plusieurs types de variables incontrôlables. Les contraintes constituent un des types les plus pertinents. Les contraintes limitent en général la gamme de choix disponibles au décideur. Certaines contraintes se situent en dehors du système, par exemple le climat, qui peut limiter les activités d'un programme à certaines saisons de l'année. D'autres contraintes sont imposées par le système lui-même et peuvent avoir des incidences sur les intrants (la communauté ne peut pas fournir des contributions en espèces), les processus (les ressources doivent être soumises à la gestion communautaire) ou les extrants (les ressources seront consacrées à l'achat de produits pharmaceutiques). Il arrive parfois que les variables incontrôlables élargissent la gamme de choix ou favorisent une décision particulière (par exemple, le consentement de la part des villageois de payer les produits pharmaceutiques). Certains auteurs les appellent des "facteurs de facilitation".*

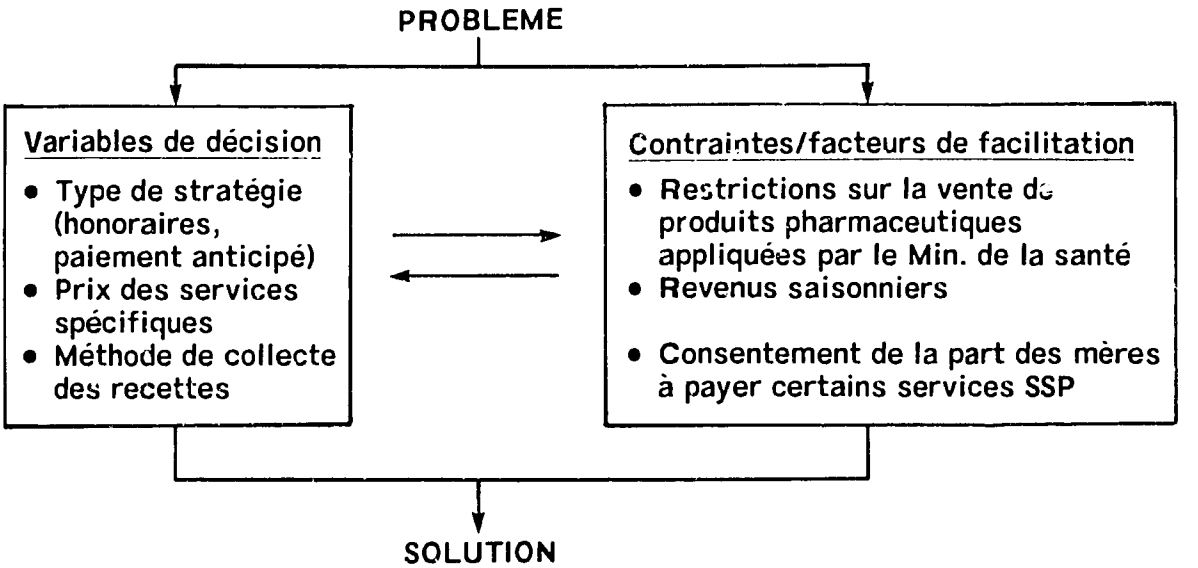
La figure 2-3 présente des variables de décision et des contraintes communes liées au problème de la mobilisation de revenus. La solution à ce problème est fonction de l'action réciproque de ces groupes de variables. Ainsi, en cherchant la solution à un problème, l'analyste de recherche opérationnelle doit commencer par identifier les variables de décision les plus pertinentes ainsi que les contraintes et les facteurs de facilitation.

Le chapitre III expose de manière plus approfondie la méthode que la recherche opérationnelle applique à la solution de problèmes, mais déjà, à ce stade, il peut être utile de citer un petit exemple pour expliquer les relations entre ces variables et pour montrer pourquoi il est important de les identifier.

L'analyste commence le plus souvent avec un objectif, c'est-à-dire une expression qui décrit ce que la solution devrait accomplir. Si, par exemple, le problème opérationnel vise la mobilisation de revenus, l'objectif de la solution sera peut-être exprimé de la manière suivante: il s'agit de définir une stratégie de mobilisation de revenus qui sera acceptable au niveau communautaire et qui pourra conduire à la collecte de suffisamment de ressources pour payer les services et les produits SSP voulus.

*Pour un examen des types de variables qui sont importants dans la recherche opérationnelle, voir la monographie du PRICOR Operations Research Methods: A General Approach in Primary Health Care, par Stewart Blumenfeld.

FIGURE 2-3. -- QUELQUES VARIABLES LIEES A LA MOBILISATION DE REVENUS




Compte tenu de l'objectif, l'analyste doit dégager toutes les variables de décision pertinentes qu'il peut manipuler en vue d'occasionner les changements voulus. Par exemple, le directeur du programme et la communauté peuvent choisir le type de stratégie qu'ils préfèrent (paiement direct d'honoraires contre les services SSP, paiement anticipé d'une prime annuelle, etc.), ils peuvent fixer les prix de divers services et produits et ils peuvent choisir les procédures de paiement qu'ils adopteront.

Ensuite, l'analyste détermine la valeur de chaque variable de décision qui permettra d'atteindre l'objectif visé. Par exemple, quelle quantité de revenus sera produite par la ou les stratégies et quels prix spécifiques seront fixés, compte tenu du double objectif de choisir une stratégie qui sera acceptable et qui pourra conduire à la collecte des revenus exigés?

L'analyste doit identifier également toutes les contraintes pertinentes, c'est-à-dire les données évidentes qui limitent l'éventail des choix. Par exemple, le Ministère de la santé peut limiter la vente de produits pharmaceutiques aux pharmaciens certifiés. Dans ce cas, la communauté ne peut pas acquérir des fonds en vendant des produits pharmaceutiques, à moins qu'un pharmacien de la communauté n'accepte de prêter son concours.

Les facteurs de facilitation favorisent certains choix et c'est à l'analyste de les identifier. Par exemple, si la plupart des mères dans la communauté acceptent de payer les immunisations et quelques autres services SSP, ceci constitue un facteur de facilitation.

Pour récapituler, un objectif de financement communautaire peut être la collecte de suffisamment de revenus pour couvrir les coûts des SSP. Une contrainte peut être que le Ministère de la santé limite la vente de produits pharmaceutiques aux pharmaciens certifiés. Une des variables de décision serait le mélange de diverses stratégies de collecte de revenus. La valeur de cette variable de décision serait la quantité de revenus qui sera produite par chaque stratégie du mélange. Une solution optimale à ce problème serait donc de déterminer le mélange exact dont la valeur, c'est-à-dire la quantité de revenus qui sera produite par chaque stratégie, couvre les coûts, compte tenu de la contrainte que la collecte de fonds ne peut pas se baser sur la vente de produits pharmaceutiques.

Ainsi, en effectuant des recherches opérationnelles sur un problème, l'analyste doit définir l'objectif et identifier les variables de décision, les contraintes et les facteurs de facilitation pertinents -- en d'autres termes, les éléments que viseront les recherches afin de parvenir à la solution optimale.

## INVENTAIRE DES PROBLEMES OPERATIONNELS ET DES VARIABLES DE DECISION

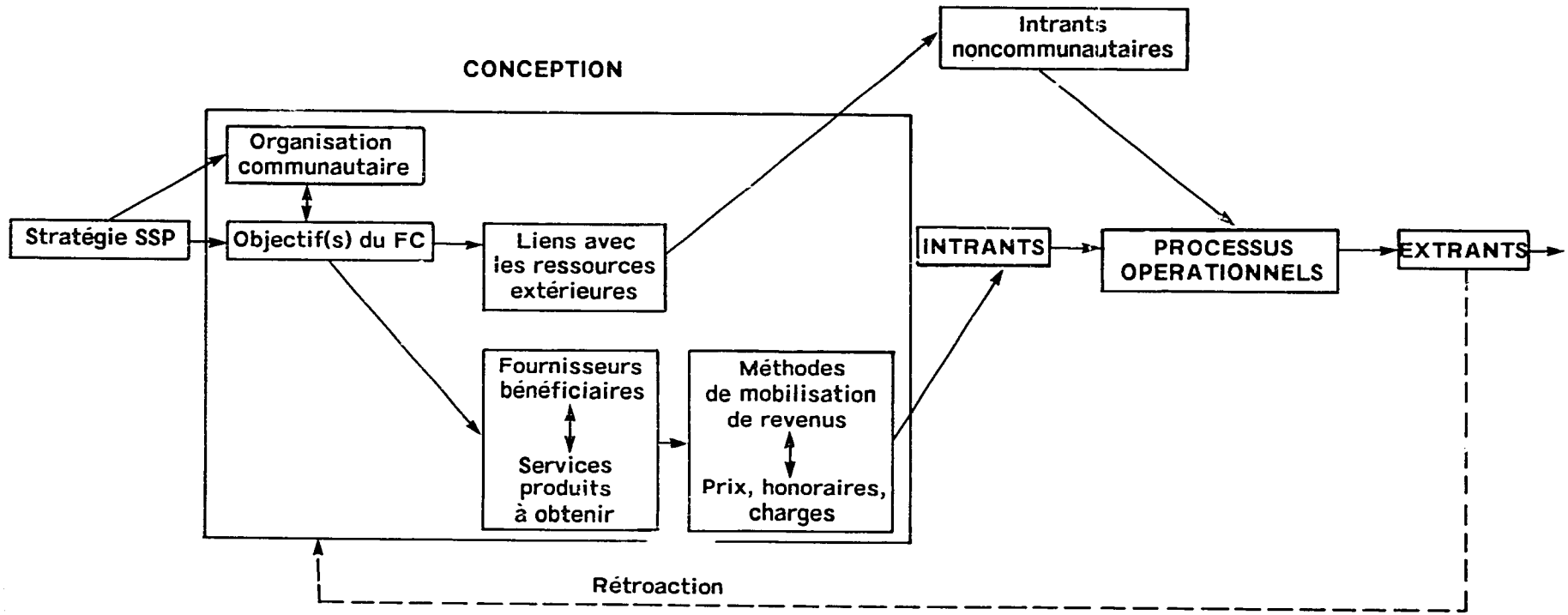
Cette partie identifie les variables de décision les plus communes pour chaque groupe de problèmes lié au financement communautaire, dans l'intention d'aider à dégager divers sujets de recherche opérationnelle possibles en matière de financement communautaire. Dans la mesure du possible, elle identifie également les contraintes usuelles révélées par l'expérience des programmes de financement communautaire et par les études portant sur ces problèmes. Malheureusement, les écrits traitant de ces groupes de problèmes sont irréguliers. Il existe beaucoup plus de connaissances portant sur certains types de problèmes, en particulier les méthodes de mobilisation de revenus, que sur d'autres, par exemple la gestion et l'administration des systèmes de financement communautaire. Ce manque de renseignements souligne la nécessité d'effectuer d'autres recherches sur ces groupes de problèmes.

Cette partie ne vise pas à examiner de manière approfondie les méthodes spécifiques de recherche opérationnelle qu'on pourrait appliquer à la solution de problèmes ou à la prise de décisions -- bien que certains exemples soient présentés. Le but de cette partie est plutôt d'identifier les types de décisions qui se prêtent à la recherche opérationnelle et de montrer comment ces groupes de décisions sont liés au système de financement communautaire.

### Groupes de problèmes essentiellement liés à la conception

La figure 2-4 présente les groupes de problèmes qui sont liés surtout à la conception ainsi que les relations qui existent entre eux, d'une part, et les relations qui existent entre les groupes de problèmes et le système entier de financement communautaire, d'autre part. Chacun des sept groupes sera examiné ci-dessous.

FIGURE 2-4. -- GROUPES DE PROBLEMES ESSENTIELLEMENT LIES A LA CONCEPTION D'UN SYSTEME DE FINANCEMENT COMMUNAUTAIRE



1. Rôle de la communauté

Décider du rôle que doit jouer la communauté dans le cadre du financement communautaire constitue un problème particulièrement important. L'expérience montre que la participation communautaire est indispensable à un système réussi dans la mesure où elle se rattache à toutes les autres composantes du système. Dans certains pays, la communauté joue un rôle important dans les soins de santé primaires. Dans d'autres, il n'existe qu'un minimum de participation de la part de la communauté. Il y a lieu de déterminer la nature et le degré de la participation communautaire en ce qui concerne, par exemple, l'établissement des objectifs, l'identification de la population visée et la sélection de la stratégie financière. Cette variable de décision est une variable continue, c'est-à-dire que la gamme des choix va de la participation nulle à la participation à 100 pour cent, avec un niveau optimal situé entre les deux extrêmes. Rares ont été les recherches sur le niveau optimal de participation; par conséquent, ce sujet demeure un problème opérationnel important.

Il convient également de prendre certaines décisions portant sur les activités auxquelles la communauté devrait participer. Il s'agit d'une variable de décision discrète; autrement dit, il est possible d'identifier des activités spécifiques et séparées. Celles-ci peuvent comprendre la planification, l'établissement de prix, la collecte de revenus ou la supervision de la collecte de revenus effectuée par les agents de santé communautaires. Par exemple, dans le cadre du projet Pikine au Sénégal, les représentants communautaires sont chargés de la collecte d'honoraires, de la comptabilité et de la rémunération du personnel médical en fonction des services rendus.(7) Ce système marche très bien dans ce cadre précis mais ne convient peut-être pas à d'autres milieux. Il y a lieu de prévoir un effort de recherche opérationnelle en vue d'identifier les activités se prêtant le mieux à la participation communautaire ainsi que le niveau optimal de participation à chaque activité.

Un autre problème consiste à déterminer quelles structures formelles et informelles conviennent le mieux à l'organisation de la participation communautaire, y compris la question de déterminer qui devrait participer (tout le monde, les mères seulement, les responsables communautaires) et sous quelle forme (réunions régulières, comités, vote). Les recherches dans ce domaine ont été très limitées, mais bon nombre de communautés ont recours à des comités qui les représentent et qui définissent leur rôle.

Par exemple, dans le cadre du Programme de médecine communautaire de l'hôpital de Vanga au Zaïre, les comités de développement et de santé villageois représentent les communautés dans la prise de décisions portant sur le financement des SSP. Ces comités sont chargés de construire et d'entretenir les bâtiments, les logements du personnel et les pistes d'atterrissage et jouent par ailleurs un rôle important dans la détermination des services à offrir, l'établissement du calendrier des services et les décisions portant sur l'affectation des fonds du projet.(8)

Dans d'autres pays, les agents de santé servent d'intermédiaires entre le système sanitaire et la communauté. Dans le cadre d'une étude financée

*ROLE DE LA COMMUNAUTE*

*Variables de décision communes*

- *Niveau de participation communautaire: depuis élevé (très actif) jusqu'à faible (inactif)*
- *Activités auxquelles participe la communauté: planification; contribution de ressources; fonctionnement et gestion; motivation des membres de la communauté*
- *Mécanisme(s) de participation communautaire: comité; ASC; réunions communautaires*
- *Procédures régissant l'organisation de la participation communautaire et sa promotion continue dans le cadre du financement communautaire*
- *Mesures d'encouragement de l'organisation de la participation: reconnaissance; disponibilité des services voulus; récompense*

par le PRICOR au Mexique, par exemple, les promoteurs sanitaires effectuent une enquête auprès des membres de la communauté et organisent des discussions en petits groupes de manière à obtenir une participation communautaire. D'autres mécanismes susceptibles d'encourager la participation communautaire comprennent les conseils gouvernementaux locaux, les clubs de femmes et les réunions périodiques de tous les membres de la communauté. Le choix du mécanisme qui conviendra le mieux à un milieu donné représente un problème important de recherche opérationnelle.

Les décisions liées au problème de déterminer comment une communauté peut assurer la continuité d'une stratégie communautaire exigent également l'attention de ceux qui sont chargés d'élaborer un système financier. Parmi les stratégies possibles figurent l'instruction des membres de la communauté concernant les avantages du système de financement communautaire, l'identification des organisations dans la communauté qui pourraient participer au financement des SSP et, enfin, le fait d'aider à maintenir les liens entre le système de financement communautaire et les autres sources de financement des SSP.

Un autre sujet de recherche important concerne la détermination des incitations qui encouragent le plus la participation; par exemple l'argent, le sens civique et la reconnaissance au niveau de la communauté.

De nombreux facteurs incontrôlables influencent le rôle que peut jouer la communauté; il convient de les prendre en considération au stade de l'élaboration et de l'analyse des solutions possibles à ce problème opérationnel. Le niveau de cohésion qui caractérise une population constitue un tel facteur. Par exemple, si la famille représente l'unité

sociale de base d'une région, alors qu'il n'existe aucun autre groupe communautaire, un système de financement communautaire qui repose sur une coopération étroite entre des participants provenant de diverses familles a moins de chance de réussir qu'un système qui se base sur les liens de parenté.

L'isolement géographique peut se répercuter également sur la cohésion de la communauté. Par exemple, au Swaziland, où la population rurale est très éparpillée, les distances peuvent limiter l'intérêt général ainsi que la capacité de participer à la prise de décisions.

Citons, parmi les autres contraintes, l'organisation sociale de la communauté (démocratique, autocratique, hiérarchique), le schéma pathologique au niveau de la communauté, les besoins sanitaires ressentis par la communauté qui seront comblés par le financement des services SSP et, enfin, le niveau d'instruction des membres de la communauté les plus susceptibles de participer au système de financement communautaire.

2. Les objectifs du financement communautaire

Les objectifs du financement communautaire constituent un autre groupe de problèmes qu'on ne doit pas négliger. L'amélioration de la santé représente l'objectif implicite de la stratégie SSP, mais quels sont les problèmes ou conditions sanitaires spécifiques que le financement communautaire devrait viser, et sous quelle forme: la prophylaxie, les soins curatifs ou les services de convalescence?

---

*OBJECTIFS DU FINANCEMENT COMMUNAUTAIRE*

*Variables de décision communes*

- *Objectifs SSP du FC: soins curatifs; prophylaxie; convalescence*
- *Problème ou condition sanitaire spécifique qui sera amélioré par le biais du système FC: diarrhée; rougeole; tétanos néonatal*
- *Objectifs économiques du FC: quantités de ressources qui seront mobilisées par le système FC; types de ressources qui seront mobilisés par le système FC (par exemple argent, main-d'oeuvre, matériel, terres)*

---

Par exemple, un syndicat dans une usine textile urbaine peut reconnaître que les maladies pulmonaires liées au travail constituent son problème de santé principal et se fixer, par conséquent, l'objectif de financer le coût des services de diagnostic et de traitement de ces maladies. En revanche, un village rural peut décider que la mortalité infantile élevée entraînée par les maladies diarrhéiques constitue son problème de santé le plus important et se fixer donc l'objectif de financer le traitement et la prophylaxie. Les recherches fourniront des données

capables d'aider les membres de la communauté à déterminer quel(s) problème(s) de santé à viser par le biais du financement communautaire et quel type de service conviendrait le mieux au financement.

Les objectifs économiques du financement communautaire sont aussi importants que les autres objectifs. Le financement communautaire devrait-il assurer tous les coûts, ou certains coûts seulement, en vue d'atteindre les objectifs sanitaires? Par exemple, en Dominique, les chercheurs espèrent recouvrer tous les coûts associés à l'acquisition et à l'administration de produits pharmaceutiques grâce aux stratégies qu'ils ont proposées en matière de financement. Dans d'autres pays, où les stratégies de financement ne peuvent assurer que certains coûts, comment parviendra-t-on à procurer les ressources complémentaires? Quels types de ressources visera-t-on (en espèces, en nature) et en quelles quantités?

Bien que les contributions en espèces soient normalement préférables, les types de contributions réellement faisables dépendent de la base économique de la communauté. Certaines communautés contribuent une portion de leur récolte annuelle, qui est vendue par les responsables des SSP afin de payer les médicaments et de rémunérer les agents au cours de l'année. D'autres contribuent de la main-d'oeuvre; par exemple, la construction et l'entretien des abris où se déroulent les services et les activités SSP. D'autres encore fournissent des repas aux agents de santé qui assurent les services au niveau de la communauté. Dans certains cas, il y a lieu d'élaborer un plan flexible pour ce qui est des contributions individuelles, afin de permettre à certaines personnes de payer en nature lorsqu'elles n'ont pas d'argent. La recherche opérationnelle sur le meilleur amalgame de contributions constitue un sujet important dans les pays où les ressources en espèces sont limitées.

---

DOMINIQUE

Le financement constitue un des problèmes qui entravent l'expansion des soins de santé primaires en Dominique. Après avoir examiné diverses options, le Ministère de la santé a pris la décision d'appliquer un système d'honoraires en échange de soins, et d'établir un fonds de roulement pour produits pharmaceutiques (FRPP), afin de couvrir en partie le coût de l'expansion. Une étude en Dominique financée par le PRICOR est en train d'élaborer des solutions aux problèmes opérationnels liés à la mise en application de ces systèmes. Les objectifs spécifiques du FRPP proposé ne seront établis qu'après l'achèvement d'une analyse systématique du système actuel de distribution de produits pharmaceutiques, mais un objectif possible du FRPP cité dans la proposition de recherche consiste à "recouvrer 100 pour cent du coût des produits pharmaceutiques distribués dans les installations sanitaires, y compris le coût associé à l'administration du FRPP".

---

Plusieurs contraintes pèsent sur la définition des objectifs. Une des principales contraintes concerne la capacité et le consentement de la part de la communauté à payer certains services. Bien que la promotion des services préventifs (par exemple les immunisations et l'assainissement) représente un objectif fondamental des soins de santé primaires, un grand nombre de personnes ne sont disposées qu'à payer les soins curatifs. Certains pays abordent ce problème en fixant un double objectif, qui consiste à demander aux communautés d'assurer le coût de certains services préventifs ajoutés aux services de soins curatifs voulus. D'autres proposent que le secteur public assurera les services préventifs si les communautés assurent la plupart des soins curatifs. Il semble évident que, en général, les gens refuseront de soutenir une stratégie qui n'aborde pas les problèmes sanitaires de base qui leur semblent les plus importants, ou qui les aborde, mais d'une manière inacceptable.

Par exemple, un conflit est survenu dans le cadre du Projet de services de santé de Chaquicocha au Pérou lorsqu'une pharmacie très fréquentée qui appliquait un système de majoration de prix des produits pharmaceutiques a été remplacée par un poste médical du Ministère. Les villageois ont trouvé que les services fournis par le nouveau poste étaient insuffisants et que la performance de son infirmier laissait à désirer; en outre, la décision du Ministère de les obliger à payer le salaire de l'infirmier leur a déplu.

Il est évident que les intéressés ne peuvent pas payer les soins de santé primaires tant qu'ils n'ont pas les ressources nécessaires. Dans bon nombre de communautés agricoles, les revenus ont un caractère saisonnier et, par conséquent, les habitants n'ont pas les moyens de payer les soins de santé à certaines époques de l'année. Ainsi, les études sur le financement communautaire comprennent souvent une enquête destinée à décrire, au niveau ménager et communautaire, les niveaux actuels de dépenses effectuées pour les soins de santé, de manière à évaluer de façon approximative les ressources qui sont disponibles au financement communautaire des soins de santé primaires.

---

SENEGAL

Une étude du PRICOR effectuée au Sénégal a analysé les sources de financement des SSP dans le but d'identifier les ressources disponibles qui pourraient assurer les coûts récurrents des SSP, qui sont couverts actuellement par l'aide extérieure. On a trouvé qu'il est peu probable que d'autres ressources communautaires peuvent être mobilisées, du fait que les communautés assurent déjà une bonne partie des coûts sanitaires. En 1982, les recettes provenant des différentes sources de FC se sont élevées à près de 75 pour cent du budget du Ministère visant les circonscriptions médicales et les postes de santé, sans compter la part du budget consacrée au personnel.

---

Lorsqu'une personne n'a pas d'argent, elle peut tout de même être disposée à contribuer de la main-d'oeuvre, des meubles, des aliments ou d'autres produits. Par exemple, le Comité de Sylhet, au Sulla Thana, pour l'avancement rural du Bangladesh a organisé un système d'agents de santé communautaires basé sur les contributions en nature apportées par la communauté. Si 70 pour cent de la communauté acceptent de participer à la stratégie en versant une prime annuelle de 5 kilogrammes de riz, un agent de santé sera formé pour travailler dans la communauté un jour par semaine.(9)

3. Liens avec d'autres sources de financement des soins de santé primaires

Les ressources communautaires ne représentent qu'une des différentes sources possibles de financement des soins de santé primaires, et la plupart des communautés ont recours à d'autres sources. Ainsi, la question de déterminer les ressources avec lesquelles on veut créer des liens, et comment, constitue un problème opérationnel important. Dans certains cas, il se peut que le Ministère de la santé finance un certain nombre de produits pharmaceutiques et de services, que la sécurité sociale en assure d'autres et que les groupes de missionnaires et les employeurs en financent encore d'autres. L'établissement de liens formels avec ces sources de financement peut conduire à un programme de plus grande envergure, en ce qui concerne la prestation des soins de santé primaires au niveau des communautés, que dans le cas où le financement communautaire constitue l'unique source.

Le secteur privé est également une source de financement possible. En Bolivie, par exemple, où une étude du PRICOR est actuellement en cours, les chercheurs ont appris qu'un bureau de santé régional à Santa Cruz sollicite des contributions auprès des individus aisés en dehors de la communauté en vue de financer en partie le coût des produits pharmaceutiques importés. Dans bon nombre de pays, les médecins privés et les autres fournisseurs de soins de santé sont parfois disposés à contribuer leur temps au service communautaire ou à accepter les malades qu'on leur renvoie sans les faire payer (ou à un prix très faible).

---

*LIENS AVEC D'AUTRES SOURCES DE FINANCEMENT DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES*

*Variables de décision communes*

- *Choix de sources de financement extérieures: Ministère de la santé; sécurité sociale; fournisseurs de soins privés; employeurs; coopératives; groupes de missionnaires; individus privés*
- *Types de liens: références; cofinancement; remboursements; contributions*

---

Ainsi, un autre problème lié à la recherche opérationnelle consiste à étudier les avantages et les inconvénients des liens avec diverses sources de financement. Il est évident que, plus il y a des sources, plus il y a des combinaisons possibles en matière de financement et plus la recherche opérationnelle s'avère utile en examinant les différentes options.

La recherche opérationnelle peut aider à déterminer le type de lien qui conviendrait le mieux à une communauté donnée. Parmi les options figurent les références directes qui consistent à renvoyer les malades à un autre fournisseur de soins de santé, soit pour un traitement particulier, soit pour le paiement des coûts des soins de santé; les contributions directes apportées au système communautaire par les donateurs; et le cofinancement de certains services et produits. L'expérience a montré que, souvent, les communautés ne s'intéressent pas à soutenir financièrement les aspects intangibles des soins de santé primaires, par exemple la supervision et la formation des agents de santé. Certains pays sont en train d'examiner les possibilités de cofinancement, où le Ministère de la santé assure le coût des aspects intangibles (formation ou supervision des agents de santé et certains services préventifs), alors que les communautés assurent le coût des aspects tangibles (puits, latrines et soins curatifs).

En déterminant comment lier le financement communautaire à d'autres sources de financement des systèmes sanitaires, les analystes doivent évaluer la fiabilité de ces sources. Par exemple, le gouvernement peut s'engager à appliquer des devises à l'importation et à la distribution de produits pharmaceutiques de base qui seront à la disposition des agents de santé, ou encore à fournir un médecin qui s'occupera de la supervision. La capacité du gouvernement de respecter le calendrier des contributions proposées aura des incidences importantes sur les résultats que les stratégies de financement communautaire pourront réellement atteindre. Ceci ne représente qu'une des contraintes que les analystes doivent prendre en considération. Parmi les autres figurent l'existence et l'accessibilité des autres sources de financement, le consentement au niveau de ces sources de contribuer au financement du coût des soins de santé dans la communauté et, enfin, les questions d'ordre politique.

Par exemple, les considérations politiques peuvent se répercuter sensiblement sur la disponibilité d'un financement complémentaire. Un gouvernement peut avoir exprimé un engagement qui vise les objectifs des SSP et peut également avoir affecté une portion importante du budget national à la santé. Mais dans la mesure où ces affectations visent en particulier la construction de centres de soins tertiaires ou le financement de la formation de médecins spécialistes, il se peut que très peu de cofinancement soit disponible pour compléter le financement communautaire des soins de santé primaires. Pour donner un autre exemple, la réticence des médecins vis-à-vis des agents de santé communautaires peut conduire à une telle limitation du rôle des agents que ceux-ci finissent par être incapables de fournir le type de service ou de produit nécessaire pour attirer le nombre minimum de personnes exigé pour qu'une stratégie communautaire soit financièrement viable.(10)

4. Donateurs et bénéficiaires en matière de financement communautaire

Au stade de la conception d'un système de financement communautaire, les décideurs doivent déterminer qui contribuera à la stratégie financière et qui aura le droit de recevoir les bénéfices qui en découlent. Qui doit contribuer: tout le monde, ceux qui sont membres, ou seulement ceux qui ont les moyens nécessaires? Est-ce que tous les bénéficiaires doivent contribuer ou certains en seront-ils exemptés (les nouveau-nés, les mères, les démunis, les chômeurs)? Les décideurs doivent également aborder des questions similaires concernant ceux qui bénéficieront du financement communautaire. La population cible doit-elle se limiter aux mères et aux enfants à haut risque, aux membres de la communauté ou aux groupes à faible revenu?

---

*DONATEURS ET BENEFICIAIRES EN MATIERE DE FINANCEMENT COMMUNAUTAIRE*

*Variables de décision communes*

- *Qui contribue: tout le monde au niveau de la communauté; les familles qui travaillent; les bénéficiaires seulement*
- *Qui bénéficie: les groupes nécessiteux; ceux qui contribuent à la stratégie FC; les membres de la communauté*

---

Certaines communautés ont visé des groupes spécifiques ayant des besoins sanitaires particuliers et essaient de planifier les services SSP en conséquence. Par exemple, à Pahou, au Bénin, une étude financée par le PRICOR qui porte sur le financement communautaire vise en premier lieu la prestation de services aux "personnes démunies et isolées à l'intérieur de la communauté, en particulier les nouveau-nés, les jeunes enfants et les mères". Au Honduras, une des options de financement examinées comportait certaines exemptions.

> En cas de consultation, honoraires appliqués par le personnel de la santé, y compris l'agent de santé communautaire (Guardian de Salud), le médecin et l'infirmier auxiliaire. L'exemption d'honoraires s'appliquerait aux consultations prénatales et postnatales, aux consultations pour les enfants en dessous de 5 ans, aux traitements antituberculeux, aux vaccinations et aux cas présumés de rage.(11)

Dans le cadre d'une étude financée par le PRICOR en Thaïlande, des études de cas portant sur des stratégies de financement communautaire en cours évalueront l'équité de trois façons différentes en vue de déterminer comment celle-ci est liée au succès des systèmes de financement communautaire. Les études évalueront: 1) le degré auquel les ménages apportent des contributions similaires et reçoivent des services similaires;

2) la mesure dans laquelle les ménages apportent des contributions proportionnellement à leurs ressources; et 3) la mesure dans laquelle les individus reçoivent les services dont ils ont besoin.

Parmi les contraintes les plus importantes à aborder en effectuant des recherches sur ces questions, citons la base économique de la communauté, les besoins sanitaires de la communauté, le consentement de la communauté à apporter des contributions, la disponibilité des sources de revenus extérieures, les contributions et les bénéficiaires au niveau d'autres systèmes de santé dans ou à proximité de la communauté et, enfin, les demandes concurrentielles pesant sur les ressources communautaires.

5. Services et produits à financer

Quels sont les services et produits qu'il convient de financer? Ce problème d'ordre opérationnel se rattache étroitement à plusieurs autres groupes de problèmes, y compris les objectifs, la stratégie de financement et les liens à d'autres sources de financement des SSP. Y a-t-il lieu d'inclure tous les services et produits SSP ou vaut-il mieux viser des interventions spécifiques, par exemple la thérapie de réhydratation orale, les immunisations, le contrôle de la croissance et le planning familial? Le financement devrait-il se limiter aux services préventifs ou viser en même temps les soins curatifs? Quels seraient les effets du financement d'interventions "publiques" (celles qui apportent des bénéfices à toute la communauté, par exemple l'alimentation en eau et l'assainissement) plutôt que "privées" (celles qui apportent des bénéfices aux individus, par exemple les sels de réhydratation orale)?

Les soins de santé primaires englobent un certain nombre de services et les décideurs doivent déterminer lesquels seront financés par la communauté. Voici, encore une fois, la liste minimum du rapport d'Alma-Ata:

- Enseignement visant les problèmes de santé les plus répandus ainsi que les moyens de les éviter et de les contrôler;
- Promotion de l'approvisionnement en vivres et de la bonne nutrition;
- Alimentation en eau salubre en quantité suffisante;
- Assainissement de base;
- Protection de la santé de la mère et de l'enfant, y compris le planning familial;
- Immunisations contre les principales maladies infectieuses;
- Traitement approprié des maladies et des blessures ordinaires; et
- Distribution des produits pharmaceutiques essentiels.

En ce qui concerne les 72 projets de financement communautaire identifiés dans la monographie de l'APHA, les deux utilisations les plus fréquentes du financement communautaire étaient la rémunération des agents de santé et l'achat de produits pharmaceutiques de base. Le tableau 2-2 présente un récapitulatif de ces résultats. La liste fournie exclut la construction et l'entretien des installations au niveau local, vu que ces formes de soutien communautaire se sont produites dans pratiquement tous les projets.

---

*SERVICES ET PRODUITS A FINANCER*

*Variables de décision communes*

- *Services et produits à financer: ASC au niveau de la communauté; programme mensuel d'immunisation; services SSP complets; produits pharmaceutiques; nutrition; planning familial*

- *Portion des services et des produits à financer: de 0 à 100 pour cent*

---

La rémunération des agents de santé communautaires représente une question opérationnelle de conséquence qui intéresse en particulier les directeurs de programme et les membres de la communauté. Les types de services qu'assureront les agents de santé constituent une décision importante qui se rattache à la question de leur financement. Les agents de santé communautaires effectuent souvent des tâches telles que la promotion de la bonne nutrition, le planning familial, l'assainissement et l'alimentation en eau et, enfin, les soins d'urgence de base. La rémunération peut s'avérer problématique dans la mesure où la communauté hésite peut-être à récompenser quelqu'un qui assure certains types de services préventifs que la communauté n'était pas obligée de payer dans le passé. Les communautés peuvent avoir l'habitude de rembourser un agent de santé qui fournit des services personnels, par exemple la distribution des sels de réhydratation orale. Dans les cas où les gouvernements ont souvent rémunéré le personnel de santé, cependant, les communautés s'attendent peut-être à ce que cela continue.

En ce qui concerne la rémunération des agents de santé communautaires, le tableau 2-3 récapitule plusieurs approches différentes qui ont été évaluées dans la monographie de l'APHA.

Dès lors qu'ils ont identifié les services à financer, les analystes doivent décider de l'envergure du financement. Par exemple, la communauté devrait-elle financer certains services en entier, ou en partie seulement? Dans le dernier cas, d'où viendrait le financement complémentaire? Un analyste pourrait établir une matrice qui permet de montrer toutes les possibilités, dont le nombre peut être très grand lorsqu'il s'agit de plusieurs services. Le tableau 2-4 présente un exemple d'une telle matrice.

## TABLEAU 2-2. -- CLASSEMENT PAR OBJECTIF ET PAR PROJET DES ACTIVITES DE FINANCEMENT COMMUNAUTAIRE AYANT DES OBJECTIFS SPECIFIES

| par objectif | nombre de projets | pourcentage de projets |
|---|---|---|
| Rémunération des agents de santé | 42 | 58,3 |
| Réapprovisionnement en produits pharmaceutiques de base | 46 | 63,9 |
| Financement partiel des coûts liés à la formation | 2 | 2,8 |
| Financement partiel des coûts liés à l'hospitalisation | 6 | 8,3 |
| Revenus généraux | 24 | 33,3 |
| Compléter les services sanitaires du gouvernement | 4 | 5,6 |
| TOTAL DES OBJECTIFS | 124 | 172,2[a] |
| TOTAL DES PROJETS | 72[b] | |
| Nombre moyen d'objectifs par projet | 1,72 | |
| *par projet* | | |
| Rémunération des agents de santé seulement | 10 | 13,9 |
| Coûts des produits pharmaceutiques seulement | 11 | 15,3 |
| Revenus généraux seulement | 10 | 13,9 |
| Compléter les services gouvernementaux seulement | 3 | 4,2 |
| Rémunération des agents plus coûts des produits pharmaceutiques | 18 | 25,0 |
| Rémunération des agents, coûts des produits pharmaceutiques, revenus généraux | 7 | 9,7 |
| Autres combinaisons | 13 | 18,1 |

NOTE: Le tableau exclut la construction et l'entretien des installations (voir texte).

a. Le total est supérieur à 100 pour cent du fait que certains projets visent plusieurs objectifs.

b. Exclut 32 projets dont les objectifs n'ont pas été spécifiés.

*Source: W. Stinson, Community Financing (Washington, DC: APHA, 1982), tableau 2.1, p. 19.*

## TABLEAU 2-3. -- EVALUATION DE DIVERS MOYENS DE REMUNERER LES AGENTS DE SANTE COMMUNAUTAIRES

| *source de fonds* | *fréquence de l'application à la rémunération des agents* | *suffisance de revenu* | *incidences attendues sur la performance des agents* | *problèmes* |
|---|---|---|---|---|
| Honoraires | Honoraires souvent appliqués à la rémunération des agents | Peuvent suffire, selon les niveaux des honoraires et les autres emplois des revenus | Agent susceptible de négliger les activités non rémunérées, par exemple la prophylaxie, les services fournis aux démunis, le travail communautaire | Services liés aux produits pharmaceutiques, donc les recettes risquent de baisser si l'approvisionnement est interrompu |
| Vente de produits pharmaceutiques | Prix des produits pharmaceutiques souvent majorés de 10 à 30 pour cent afin de rembourser la main-d'oeuvre de l'agent ainsi que ses frais de distribution | Majorations atteignent un rendement de 3,00 à 20,00 dollars par agent et par mois, considéré en général peu satisfaisant | Agent peut encourager un emploi excessif de produits pharmaceutiques et négliger le travail non rémunéré | Sensible à l'approvisionnement en produits pharmaceutiques; aussi l'agent peut-il garder les recettes au lieu de les appliquer au réapprovisionnement |
| Cotisation anticipée personnel | De telles stratégies, bien que rares, servent en général à rémunérer les agents de santé | Potentiellement suffisant | Dépend du degré de contrôle exercé par la communauté et les superviseurs, mais vise en général les soins curtifs | Il convient de gérer les primes de manière à fournir à l'agent des revenus réguliers |
| Cotisation anticipée basée sur la production | De telles stratégies, bien que rares, servent en général à rémunérer les agents de santé | Potentiellement suffisant | Dépend du degré de contrôle exercé par la communauté et les superviseurs, mais vise en général les soins curtifs | --- |
| Formation de revenu | Peu d'exemples disponibles | Peu d'exemples disponibles | Peu d'exemples disponibles | Peu d'exemples disponibles |
| Main-d'oeuvre communautaire | Ne convient pas aux coûts récurrents | S/O | S/O | S/O |
| Main-d'oeuvre individuelle | Souvent appliquée | Peut suffire dans le cadre d'un travail à temps partiel ou socialement prestigieux | Dépend de intérêts de l'agent et des récompenses communautaires informelles | Changement de personnel rapide peut conduire au gaspillage des frais de la formation |
| Dons et contributions ponctuelles | Bon nombre de programmes encouragent les dons à l'intention des agents; les dons conviennent mieux aux coûts ne se produisant qu'une seule fois qu'aux coûts récurrents | Ne suffisent pas dans les projects recensés | Agent susceptible d'encourager les activités récompensées | Il parait que les dons sont rares |
| Kermesses, loteries, etc. | Ne conviennent pas aux coûts récurrents | S/O | S/O | S/O |
| Financement gouvernemental ou extérieur | Souvent appliqué | Suffisant si disponible | Superviseurs peuvent encourager le travail préventif et communautaire --même si la demande est faible | Versement des salaires peut être irrégulier; les agents s'attendent en général à avoir un emploi permanent |

S/O. Sans objet.

*Source: W. Stinson, Community Financing (Washington, DC: ALPHA, 1982) tableau 3.4, p. 36.*

TABLEAU 2-4. -- MATRICE DES SERVICES ET DE LA PART A FINANCER

| Service/produit | Part à financer (pourcentage) | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
| Immunisations | | | | | | | | | | |
| DT et coqueluche | | | | | | | | | | X |
| Polio | | | | | | | | | | X |
| Tétanos | | | | | | | | | | X |
| Sels de réhydratation orale | | | | X | | | | | | |
| Comprimés contre le paludisme | | X | | | | | | | | |
| Contrôle de la croissance | | | X | | | | | | | |
| Soins prénataux | | | | | | | X | | | |

La recherche opérationnelle convient à ce groupe de problèmes en raison du nombre de facteurs incontrôlables. Outre les facteurs évidents (le schéma pathologique et les besoins en matière de services sanitaires; la capacité et le consentement à payer certains services et produits spécifiques), l'absence ou la présence d'autres sources de soins de santé est particulièrement importante. Il se peut que les individus ne s'intéressent pas au financement communautaire de ces services. Par exemple, pour ce qui est des femmes et des enfants, le faible taux d'adhésion à un programme d'assurance maladie était considéré problématique jusqu'à ce que les analystes se soient rendus compte qu'un centre gouvernemental de protection maternelle et infantile comblait en bonne partie les besoins de la communauté.(12) On ne cite pas souvent les praticiens traditionnels lorsqu'il s'agit d'identifier les différentes options de prestation de soins. Mais, dans certaines régions, la coutume et l'accessibilité font que ces praticiens représentent la source de prestation de soins la plus fréquentée.

6. Méthodes de mobilisation de revenus

Le problème opérationnel peut-être le plus commun consiste à déterminer les méthodes de mobilisation de revenus qui seront appliquées. Plus haut dans ce chapitre, on a examiné de manière approfondie huit méthodes communes, dont les honoraires, la vente de produits pharmaceutiques et le paiement anticipé sont appliqués le plus fréquemment dans le monde en développement. Quelle méthode ou combinaison de méthodes conviendrait le mieux à une communauté donnée?

Les méthodes de mobilisation de revenus choisies dépendront d'autres décisions prises au niveau de la conception du financement communautaire, y compris le rôle que jouera la communauté dans le financement communautaire,

les objectifs de la stratégie, la population cible, les services à procurer et les liens probables avec d'autres sources de financement. Les décideurs peuvent élaborer les critères de la sélection de manière à classer ou à évaluer les options de financement qui sont faisables. Une étude du PRICOR effectuée au Bénin a suivi cette procédure à l'aide d'une technique de recherche opérationnelle appelée l'évaluation d'utilité à critères multiples. (Voir tableau 2-5.)

---

*METHODES DE MOBILISATION DE REVENUS*

*Variables de décision communes*

- *Type de stratégie: honoraires; vente de produits pharmaceutiques; paiement anticipé personnel; paiement anticipé basé sur la production; formation de revenu; main-d'oeuvre communautaire ou individuelle; dons et contributions ponctuelles; kermesses; loteries; d'autres activités similaires de collecte de revenus*

- *Prix des services spécifiques*

- *Méthodes de collecte des recettes*

---

En choisissant des méthodes de mobilisation de revenus, les planificateurs doivent tenir compte de la disposition au niveau de la communauté de mettre à l'essai chaque méthode de financement. Même si la méthode en question a abouti à de bons résultats ailleurs, une communauté peut ne pas être disposée à l'essayer parce qu'elle semble nouvelle, pose des risques ou paraît compliquée, ou pour n'importe quelle autre raison. C'est précisément cette contrainte imprévue qui s'est posée dans le cadre d'une étude du PRICOR effectuée au Zaïre. Les chercheurs ont étudié diverses options de financement et ont déterminé qu'une stratégie qui consistait à appliquer des honoraires à chaque épisode d'une maladie pouvait réussir. Néanmoins, il s'est avéré difficile d'identifier des zones rurales qui sont disposées à essayer la nouvelle méthode. Jusqu'à présent, seules quelques communautés éparpillées ont appliqué cette méthode. D'autres semblent ne pas être disposées à courir un risque et à abandonner l'ancienne méthode qui consiste à appliquer des honoraires à chaque consultation et qui est beaucoup plus répandue.

Un autre problème opérationnel important concerne le calcul des capitaux qui seront nécessaires pour appliquer la stratégie de financement communautaire, ainsi que la question de déterminer comment on envisage de procurer ces capitaux. S'agira-t-il d'un investissement effectué une seule fois ou existera-t-il des besoins récurrents? A quelle fréquence sera-t-on obligé de procurer des capitaux complémentaires -- tous les quelques mois, chaque année, indéfiniment? Quelles méthodes de mobilisation de revenus seront les plus efficaces en ce qui concerne la collecte des capitaux nécessaires? Il s'agit d'un problème important qu'une étude financée par le

## TABLEAU 2-5. -- RESULTATS PRELIMINAIRES DE L'EVALUATION D'UTILITE A CRITERES MULTIPLES EFFECTUEE AU BENIN

Sur la base du consensus du groupe, l'équipe de santé s'est mise d'accord sur les options de financement les plus acceptables et les plus faisables. Sur une échelle de 0 à 100, elle a classé les options selon le niveau de succès attendu dans plusieurs domaines: viabilité, utilisation des services, participation à la stratégie de FC de la part de la communauté, motivation des ASC et, enfin, efficacité. On présente ici les résultats préliminaires de cette évaluation d'utilité à critères multiples:

| Attributs | Options | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Equipe de santé* Centre de santé | | Centre de santé | |
| | Paiement anticipé | Honoraires | Paiement anticipé | Honoraires |
| 1. Viabilité | | | | |
| --Si les ASC sont payés sans retard | 80% | 35% | 100% | 100% |
| --Avec maintien des provisions de prod. pharmaceutiques | 60% | 75% | 60% | 75% |
| 2. Utilisation | | | | |
| --Consultations | 100% | 50% | 90% | 40% |
| --Médicaments | 100% | 50% | 90% | 40% |
| 3. Participation | | | | |
| --Proportion des familles | 75% | 20% | 75% | 20% |
| 4. Motivation | | | | |
| --ASC assurent des tâches désignées | 80% | 40% | 0% | 0% |
| --ASC prennent l'initiative pour résoudre des prob. | 70% | 40% | 0% | 0% |
| --Les villageois | | | | |
| -Poste de santé avec équipement | 90% | 55% | 0% | 0% |
| -Activités sanitaires | 90% | 55% | 10% | 10% |
| 5. Efficacité | | | | |
| --Coût du système par personne (en FCFA) | 500 | 750 | 500 | 750 |

*Equipe de santé = ASC, AOT

L'étape suivante consistera à classer les attributs du succès, du plus important au moins important, à comparer les résultats obtenus par les diverses stratégies de financement et, enfin, à choisir, puis à mettre à l'essai, les options les plus susceptibles de réussir.

PRICOR est en train d'examiner aux Philippines. Certaines communautés ont indiqué qu'elles sont disposées à soutenir un fonds de roulement pour l'achat de produits pharmaceutiques, mais elles sont peu disposées à contribuer à sa capitalisation. Le problème de déterminer comment procurer les capitaux exigés constitue un pas essentiel dans l'établissement de ce système de financement communautaire.

En ce qui concerne les facteurs incontrôlables fondamentaux, l'environnement économique et la base de ressources de la communauté figurent parmi les facteurs les plus importants dont il faut tenir compte en choisissant les méthodes de mobilisation de revenus. Dans l'ensemble, les dépenses individuelles effectuées pour les services et les produits sanitaires sont souvent importantes et la capacité d'un groupe communautaire spécifique (au niveau des ménages, par exemple, ou des membres d'une coopérative) de participer à un système de financement communautaire dépendra de la base de ressources de laquelle proviennent ses revenus, qu'il s'agisse de production agricole ou industrielle.

D'autres facteurs incontrôlables peuvent interagir avec la base de ressources de manière à se répercuter sur la suffisance et la fiabilité de cette base en tant que source de revenus ménagers et communautaires. Par exemple, les variations géographiques et climatiques se répercutent sur la production agricole; les caractéristiques démographiques, y compris les niveaux d'instruction et de compétence, se répercutent sur les résultats obtenus; la situation sanitaire, les impôts, les politiques gouvernant les exportations et un grand nombre d'autres variables peuvent également se répercuter sur ces résultats.

Le rapport de l'APHA a trouvé que "seuls un nombre restreint de projets ont formellement évalué la capacité de la communauté de payer avant leur commencement"(13), bien que bon nombre de problèmes opérationnels remontent clairement à la base de ressources d'une communauté. Par exemple, dans le cadre d'une étude de cas qui cherchait à expliquer pourquoi certaines communautés récompensaient leurs agents de santé comme prévu, alors que d'autres ne le faisaient pas, on a trouvé que tous les villages qui payaient comme prévu partageaient une caractéristique: ils disposaient d'une base de ressources définissable -- d'un troupeau villageois, d'un jardin communautaire, d'un centre artisanal -- autrement dit, d'une certaine base de production capable de produire les revenus nécessaires.(14)

7. Prix, honoraires et redevances

L'établissement des prix, des honoraires et des redevances représente un groupe de problèmes de conséquence particulière. Il s'agit le plus souvent de déterminer la valeur des services et des produits de sorte que les revenus globaux couvrent au moins les coûts globaux des ressources nécessaires pour atteindre les objectifs du financement. Parfois, cependant, les prix sont fixés à un niveau inférieur par rapport aux coûts, de manière à encourager l'utilisation des services et des produits. Dans ce cas, il convient de trouver d'autres sources afin de combler la différence.

Le rapport de l'APHA a dégagé trois méthodes principales en ce qui concerne l'établissement des honoraires: 1) négociation entre les différents agents de santé et les malades; 2) consultation conjointe entre la communauté et ceux qui fournissent les services; et 3) décision unilatérale professionnelle ou gouvernementale.(15) En outre, le rapport a noté que les prix sont plus souvent établis d'une manière subjective qu'à partir d'une évaluation formelle visant la capacité et la disposition de la communauté de payer, les besoins globaux en ressources ou les niveaux d'utilisation attendus. Une analyse de ce genre peut être extrêmement utile. Par exemple, au Honduras une évaluation formelle des dépenses effectuées par la communauté pour les soins de santé a facilité l'élaboration de diverses stratégies de financement communautaire, particulièrement en ce qui concerne l'établissement des prix.

Peu de recherches ont été effectuées sur les méthodes appliquées par les communautés à l'établissement des prix et, par conséquent, les questions à aborder sont nombreuses. Par exemple, qui devrait prendre les décisions portant sur la détermination des prix: le Ministère de la santé, la communauté ou un comité de santé? Les honoraires et les redevances devraient-ils rester les mêmes pour tout le monde ou vaut-il mieux appliquer une échelle mobile ou des exemptions visant certains individus? Y a-t-il lieu d'appliquer une politique différente pour ceux qui ne sont pas membres ou qui vivent en dehors de la communauté mais qui utilisent les services? Convient-il de fixer les prix de manière à encourager l'utilisation de certains services de santé plutôt que d'autres? Enfin, quel devrait être le prix exact de chaque service et produit?

---

*PRIX, HONORAIRES ET REDEVANCES*

*Variables de décision communes*

- *Stratégie de fixation des prix des services et des produits spécifiques: échelle mobile; prix uniformes pour tout le monde*
- *Politique des prix applicable à ceux qui vivent en dehors de la communauté mais qui veulent utiliser les services*
- *Valeur des services et des produits spécifiques: prix réels; honoraires; redevances*

---

Les prix sont parfois basés sur les prix du marché actuels. Par exemple, on peut avoir l'habitude de payer les services personnels tels que les consultations médicales et les traitements d'urgence. Le plus souvent il existe déjà une gamme de prix acceptables et ces données aideront à établir les prix qui seront appliqués. Mais dans le cas de certains services publics, par exemple le soutien général des agents de santé, il

sera difficile d'établir les prix du fait que l'expérience dans ce domaine est inexistante.

Un des facteurs les plus importants à aborder en établissant les prix concerne le calcul des revenus globaux qu'il faudra procurer afin de couvrir le coût des services et des produits financés par le système. Il s'agit à ce stade de prêter attention à un certain nombre de facteurs économiques, y compris le coût anticipé des services et la base de ressources de la communauté. Les renseignements portant sur les revenus et leur distribution, notamment le caractère saisonnier des revenus et les besoins concurrentiels au niveau du ménage, se rapportent aux décisions concernant les honoraires ou les prix à appliquer pour chaque service. Il y a souvent lieu de prendre des dispositions spéciales pour certaines catégories de la population qui sont incapables de payer (par exemple les ménages démunis, les femmes et les enfants qui ont difficilement ou pas du tout accès aux fonds du ménage).

---

HONDURAS

Une étude du PRICOR effectuée au Honduras, qui visait à identifier des mécanismes viables de financement, a commencé par l'analyse des renseignements de base, y compris les dépenses communautaires en matière de santé, afin de déterminer quels prix et quels honoraires seraient acceptables. L'étude

> ... a montré que, en moyenne, la famille hondurienne dépense aujourd'hui 21 dollars par mois pour les soins de santé, ce qui représente 11,4 pour cent de ses dépenses mensuelles. Ce montant varie très peu entre les zones rurales et urbaines et les dépenses effectuées pour les soins de santé sont classées en troisième position, après les vivres et les vêtements, respectivement. Ceci représente une dépense moyenne de 8,25 dollars par cas de maladie; 25 pour cent des membres des familles sont tombés malades dans une période de deux semaines. L'achat de médicaments représente presque 50 pour cent de ces dépenses et s'effectue le plus souvent au niveau des pharmacies et des petits magasins. Près de 95 pour cent de ceux qui ont participé à l'étude ont déclaré qu'ils étaient disposés à payer les médicaments et les consultations par le biais du Ministère de la santé, à condition que la qualité de ces services s'améliore. Une analyse qualitative a montré que les options de financement les plus efficaces par rapport au coût appliquent des honoraires minimum (de 0,50 dollar) à la prestation de services et imputent le coût des produits pharmaceutiques au Ministère, plus les coûts administratifs et un petit bénéfice pour l'utilisation locale. Il en résulterait une économie de fonds importante pour ce qui est des familles rurales.(16)

---

L'état de santé de ceux qui participent à un système constitue un autre facteur important à aborder en déterminant les honoraires et les redevances. Par exemple, lorsqu'il s'agit de planifier un système d'assurance, les données actuarielles portant sur la fréquence et la prévalence des maladies peuvent être utiles en établissant les primes.

La compilation des données concernant les dépenses antérieures fournit dans certains cas, mais ne fournit pas dans d'autres, un bon indice de ce que les intéressés accepteraient de payer pour d'autres services SSP ou pour les mêmes services à une distance plus importante. Ces données comprendront les paiements effectués pour des maladies spécifiques et ne porteront pas sur le consentement des malades à payer une prime d'assurance destinée à les protéger contre les dépenses ultérieures en matière de soins de santé.

Des facteurs extérieurs à la communauté exercent également des incidences importantes sur la fixation des prix et doivent être abordés dans le cadre de la conception de la recherche. Dans certains pays, les prix de quelques produits sont contrôlés par le gouvernement. Au Pérou, par exemple, on autorise les distributeurs de produits pharmaceutiques à majorer le prix à la fabrication de 19 pour cent et les détaillants à majorer le prix à la distribution de 25 pour cent.(17) L'inflation intérieure constitue une autre contrainte en dehors de la communauté qui rend très difficile la fixation des prix. Dans les pays ayant une dette extérieure importante, par exemple la Bolivie, le Brésil et l'Argentine, les stratégies de financement communautaire doivent être particulièrement sensibles aux changements sur le plan des niveaux de prix et du pouvoir d'achat du consommateur.

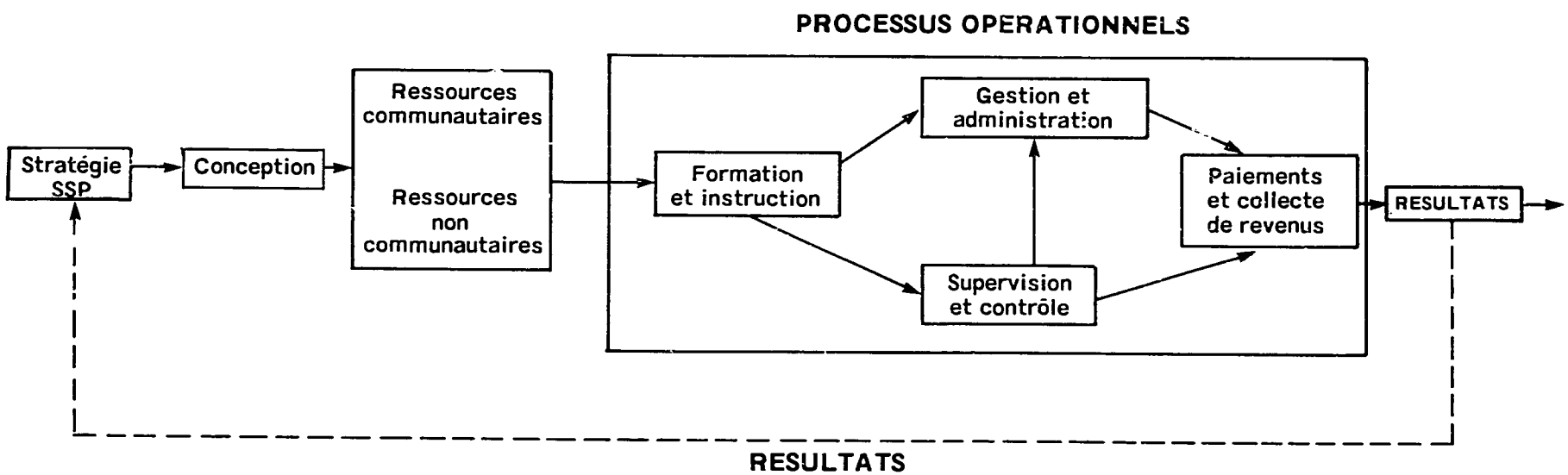
Groupes de problèmes essentiellement liés aux processus opérationnels

La figure 2-5 présente les groupes de problèmes essentiellement liés aux processus opérationnels, ainsi que les relations qui existent entre eux et en rapport avec le système global de financement communautaire. On décrit ci-dessous les quatre groupes de problèmes en question.

8. Formation et instruction

Les stratégies de financement communautaire exigent, en général, une certaine formation ou instruction visant les participants, et on a souvent tendance à négliger ce domaine de recherche opérationnelle. Sans instruction, il peut s'avérer impossible de mobiliser le soutien de la communauté en faveur d'une stratégie de financement. Un tel soutien devient plus probable dans la mesure où la communauté comprend parfaitement les objectifs, les procédures et les bénéfices de la stratégie et, en particulier, dans la mesure où les membres sont conscients de l'engagement attendu, sur le plan des ressources communautaires, et des utilisations envisagées de ces ressources. Pareillement, il peut y avoir lieu d'expliquer la stratégie de financement communautaire à ceux qui assurent les ressources non communautaires et à ceux qui se chargent de l'administration et de la gestion internes.

FIGURE 2-5. -- GROUPES DE PROBLEMES ESSENTIELLEMENT LIES AUX PROCESSUS OPERATIONNELS D'UN SYSTEME DE FINANCEMENT COMMUNAUTAIRE



Aux Philippines, par exemple, dans le cadre d'une étude financée par le PRICOR, deux questions d'ordre opérationnel ont souligné le besoin d'instruction au niveau de la communauté. En premier lieu, les habitants s'étaient accoutumés au financement gouvernemental des services de santé et, ce qui n'est pas étonnant, ils étaient réticents à assumer eux-mêmes cette responsabilité. En second lieu, bien que les communautés eussent choisi un fonds de roulement pour produits pharmaceutiques comme stratégie de financement communautaire, elles pensaient toujours que l'investissement initial, autrement dit le capital d'amorçage, devait provenir d'une agence extérieure à la communauté. Il est évident qu'il faut résoudre ces problèmes d'ordre opérationnel avant que le système de financement communautaire ne puisse démarrer.

Les membres de la communauté auront besoin de renseignements portant sur la stratégie de financement et ses objectifs. Parmi les problèmes à résoudre figurent plusieurs questions concernant le déroulement de la formation: où sera-t-elle effectuée, à quel moment et pendant combien de temps? Convient-il de prévoir l'utilisation de certaines techniques audiovisuelles et, le cas échéant, lesquelles? Une seule campagne d'éducation sera-t-elle suffisante ou vaut-il mieux prévoir une éducation continue?

La formation des individus qui seront chargés des activités financières spécifiques est d'autant plus importante lorsqu'il s'agit d'une stratégie qui utilise des ressources qu'on pourrait éventuellement détourner, par exemple de l'argent ou des produits pharmaceutiques. L'expérience du passé montre que les stages de formation ont porté en particulier sur la comptabilité, le sens des responsabilités et la gestion.

Peu de recherches ont été effectuées sur les meilleurs moyens d'organiser une telle formation. Les besoins au niveau de la formation et de l'éducation continue dépendront en général de l'envergure et de la qualité de l'expérience et des compétences déjà acquises par ceux qui participeront à la gestion et à l'administration des stratégies, ainsi que de la complexité des tâches qu'assureront les directeurs. Compte tenu de l'importance d'assurer un bon système de comptabilité dans le cadre d'une stratégie de financement communautaire, la formation en cours d'emploi sera aussi, sinon plus, importante que la formation initiale. La question de déterminer à quelle fréquence les directeurs auront besoin de formation en cours d'emploi et qui devrait assurer cette formation constitue un sujet de recherche qui mérite une étude plus approfondie.

Parmi les facteurs incontrôlables les plus courants qui affectent l'instruction et la formation figurent les normes et les croyances culturelles de la communauté, le niveau d'instruction des membres de la communauté et des responsables financiers, les ressources en éducateurs et en formateurs compétents et, enfin, certains facteurs environnementaux tels que les distances, le système de transport et le climat.

*FORMATION ET INSTRUCTION*

*Variables de décision communes*

- *Groupes visés par la formation et l'instruction: membres de la communauté; superviseurs; directeurs; ceux qui sont chargés des évaluations*
- *Contenu de la formation/de l'instruction: objet du FC; comptabilité; budgétisation*
- *Méthodes et matériel de la formation/de l'instruction*
- *Site de la formation/de l'instruction*
- *Durée et calendrier de la formation/de l'instruction*
- *Dispositions prises pour assurer la formation/l'instruction continue: une fois par mois; une fois par an; au moment du réapprovisionnement*

## 9. Gestion et administration

Les systèmes de financement communautaire ont rencontré des problèmes importants en matière de gestion et d'administration, en particulier lorsqu'il s'agit de paiements et de collecte de revenus. On a besoin d'effectuer des recherches opérationnelles sur les moyens de résoudre les problèmes administratifs qui se produisent. Comme l'exprime un rapport particulier, "Les efforts concentrés sur la collecte de revenus au niveau de la communauté sont peu utiles tant qu'il n'existe aucune amélioration parallèle des compétences communautaires dans le domaine de la gestion des fonds."(18)

Une variable de décision clé concerne le choix des individus qui géreront les fonds. Plusieurs options ont été essayées: les agents de santé, les membres des coopératives, les membres des comités de santé, le personnel des projets, les fonctionnaires, les hommes d'affaire locaux, les directeurs salariés. Il est impossible de dégager un seul choix qui s'applique à toutes les situations. Un autre problème pertinent concerne le nombre de personnes qui devraient s'occuper de la gestion et, dans la mesure où il est préferable de prévoir plus d'une personne, la répartition des tâches. Convient-il de rémunérer le travail des directeurs et, le cas échéant, de quelle manière? Où vaut-il mieux situer la direction: dans la communauté, au niveau d'un centre de santé, dans un magasin, en ville?

La gestion de la stratégie de financement communautaire constitue une activité générale qui peut comporter des tâches telles que la comptabilité, la gestion des stocks, la budgétisation, l'établissement de rapports et

l'analyse des activités antérieures. Une bonne gestion est essentielle à tout programme ou projet qui doit mobiliser des ressources afin d'atteindre des objectifs spécifiés. Sans bonne gestion, il ne sera pas possible de poursuivre une stratégie bien conçue.

Ceci est évident dans le cas d'un FRPP. Dans de nombreux pays, les fonds de roulement pour produits pharmaceutiques représentent, sur le plan technique, la méthode la plus réalisable de financement de produits pharmaceutiques de base, du fait qu'ils fonctionnent comme de petites entreprises; les prix sont basés sur les coûts et les recettes sont consacrées au réapprovisionnement.(19) Néanmoins, comme dans le cas d'une petite entreprise, l'efficacité d'un bon FRPP baissera rapidement si la gestion des stocks ou la documentation des paiements n'est pas suffisante. Dans le projet de Montero en Bolivie, les problèmes au niveau de la gestion ont conduit à la cessation du FRPP. La gestion des stocks n'était pas adéquate, les coûts ont augmenté plus vite que les prix imposés, parce qu'on n'a pas tenu compte de l'inflation, et des provisions ont été perdues à cause d'un mauvais entreposage.(20)

---

*GESTION ET ADMINISTRATION*

*Variables de décision communes*

- *Critères s'appliquant aux directeurs/administrateurs: qualités personnelles; expérience; capacités*
- *Tâches au niveau de la gestion: comptabilité; collecte des revenus; gestion des stocks; présentation de la situation financière aux autres*
- *Lieu où se trouvent les directeurs*
- *Incitations aux directeurs financiers: salaire; commission; reconnaissance; services de santé fournis gratuitement*

---

Comment peut-on organiser un projet de manière à éviter ces problèmes? Existe-t-il des contrôles qu'on peut incorporer au système de gestion afin d'aviser la communauté des problèmes? Quelle comptabilité faut-il prévoir afin d'assurer la justification des ressources? Des recherches sur l'élaboration de nouvelles solutions aux problèmes de gestion des FRPP, portant en particulier sur les difficultés au niveau de la fixation des prix et de la comptabilité qui peuvent conduire à la décapitalisation des stocks, contribueraient largement à améliorer cette méthode de financement communautaire. Le projet de Gossas au Sénégal, par exemple, a changé son système de gestion après avoir constaté que les infirmiers au niveau des postes de santé parvenaient difficilement à exécuter leurs tâches financières. Le projet a pu continuer parce que des entreprises déjà établies dans la communauté ont accepté la responsabilité de gérer le système.(21)

SENEGAL: Projet de Gossas, Région de Sine Saloum

A l'origine, les infirmiers du Ministère de la santé ont géré les fonds de roulement pour produits pharmaceutiques, mais, parmi les infirmiers au niveau des postes de santé qui participaient au programme, deux sur huit ont rencontré des difficultés importantes dans la gestion des fonds.(22) En conséquence, la vente des produits pharmaceutiques a été confiée à des commerçants locaux de confiance; les commerçants ont vendu les produits pharmaceutiques sur ordonnance, prescrite par un infirmier, et se sont chargés du réapprovisionnement. Les commerçants ont touché la moitié de la majoration de 20 pour cent comme incitation personnelle, ont mis 5 pour cent en réserve dans un fonds pour imprévus et ont donné 5 pour cent au trésorier du comité de santé.(23)

---

Comme le montre l'exemple sénégalais, le choix d'un directeur de financement communautaire constitue un facteur critique du succès d'un programme. Bon nombre de communautés ont eu recours à des comités de santé villageois, mais avec des résultats variables. Plusieurs facteurs sociaux et culturels ont engendré des difficultés. Par exemple, lorsque les intéressés ne savent pas bien lire et écrire, il se peut que les membres de la communauté ne soient pas capables d'administrer le système. Dans certaines communautés, la possibilité de pression sociale exercée par la famille élargie des membres du comité de santé, dans l'intention de recevoir un traitement spécial, peut entraver le système à la longue. Dans d'autres cas, il se peut que le choix des membres du comité soit politiquement acceptable mais que les membres eux-mêmes ne possèdent pas les compétences et l'expérience nécessaires à la gestion du système. Pour toutes ces raisons, il serait plus avantageux d'embaucher des directeurs salariés qui possèdent les compétences requises que d'avoir recours aux services bénévoles des membres de la communauté. Ainsi, les membres de la communauté peuvent servir de conseillers auprès des directeurs et enregistrer leurs opinions sur le fonctionnement du système.

L'élaboration de solutions aux problèmes en matière de gestion incombe aux organisations chargées d'administrer les services qui ont besoin de financement. Il s'agit peut-être du gouvernement, d'une mission, d'un club de femmes, d'une entreprise ou d'un autre groupe communautaire. Dans une étude du PRICOR effectuée en Dominique, le Ministère de la santé a pris la décision d'établir des FRPP dans tout le pays afin de financer les produits pharmaceutiques de base. Avant le démarrage du projet, les analystes élaborent des procédures s'appliquant à l'administration et à la comptabilité. Ils sont en train également d'examiner diverses méthodes de procurer les produits pharmaceutiques au niveau central, d'évaluer les rôles du personnel et d'élaborer un système d'information en matière de gestion qui est basé sur les besoins au niveau du FRPP. A une échelle moins centralisée, en Inde, une étude du PRICOR analysera les problèmes liés à la gestion des coopératives sanitaires locales, y compris le problème

consistant à tenir compte des variations saisonnières, à percevoir les paiements anticipés des membres et, enfin, à effectuer une transition vers un véritable contrôle communautaire des programmes SSP conçus en dehors de la communauté.

De nombreux facteurs incontrôlables contribuent aux problèmes liés à la gestion. L'ignorance de la demande des soins de santé, l'incertitude à l'égard du réapprovisionnement depuis l'extérieur, l'inflation et les insuffisances au niveau des compétences administratives des superviseurs du système de santé sont quelques facteurs qui imposent des contraintes aux solutions possibles aux problèmes de gestion.

10. Paiements et collecte des revenus

Les paiements et la collecte des revenus constituent un processus qui vise à obtenir les ressources voulues auprès des participants et à les apporter au système, selon un plan établi à l'avance. A quel moment convient-il de verser les paiements? A quelle fréquence y a-t-il lieu de percevoir des redevances? Serait-il plus efficace de prévoir un mécanisme de paiement anticipé, un système qui consiste à payer en fonction des services reçus ou une contribution mensuelle? Convient-il d'appliquer les mêmes méthodes de paiement et de collecte des revenus à tous les services et à tous les intéressés ou vaut-il mieux prévoir des méthodes différentes?

Le succès de la collecte des revenus dépend parfois des prix. Un programme en Corée, par exemple, a essayé d'appliquer une prime subventionnée dans le cas des démunis. Une évaluation des incidences sur la collecte des revenus a révélé qu'"on a obtenu plus de revenus auprès des plus démunis lorsque la prime mensuelle était subventionnée ... de 60 pour cent ... en comparaison des revenus obtenus auprès des intéressés non subventionnés et moins démunis".(24)

Les décisions portant sur la méthode de collecte sont liées au problème visant à déterminer l'efficacité de ce processus tout en minimisant les coûts et la complexité de la collecte des revenus. Par exemple, pour ce qui est du FRPP, vaut-il mieux que la personne qui fournit les médicaments s'occupe également de la collecte du paiement, ou serait-il préférable qu'une autre personne s'en charge, soit à l'avance, soit par la suite? A quel moment un malade devrait-il payer les soins personnels et quelles seront les incidences de cette décision sur l'utilisation des services? Une étude du PRICOR propose d'examiner cette question au Zaïre. Deux systèmes de paiement seront comparés: une redevance appliquée à chaque consultation et une redevance appliquée à chaque cas de maladie. Les chercheurs s'intéressent à déterminer si l'une de ces méthodes de paiement permettra aux ménages à faible revenu de se servir plus facilement des services de santé lorsqu'ils en ont besoin, et si la comptabilité requise par la deuxième méthode exigera plus d'efforts administratifs que la première.

Un autre sujet de recherche lié au calendrier de paiement et de collecte des revenus concerne les incidences du processus sur le partage des risques. Une méthode de collecte exigeant un paiement intégral au moment où les services sont rendus pèse-t-elle trop sur les malades, qui peuvent être

également les plus démunis? Pour quels services et quels produits les intéressés accepteront-ils de payer à l'avance, partageant ainsi "les risques" que comporte l'obligation de payer?

---

*PAIEMENTS ET COLLECTE DES REVENUS*

*Variables de décision communes*

- *Calendrier et fréquence des paiements et de la collecte des revenus*
- *Méthode(s) de paiement et de collecte des revenus*
- *Personnes chargées de s'occuper des paiements et de la collecte des revenus*

---

Un facteur extérieur important qu'il y a lieu de prendre en considération au moment de la planification des procédures régissant les paiements et la collecte des revenus concerne le cycle de la production agricole ainsi que le calendrier des revenus personnels. Dans le cadre du projet de Pikine au Sénégal, les analystes ont trouvé que les paiements apportés au système financier avaient tendance à baisser avant le jour de paie et à remonter lorsque les participants avaient de l'argent disponible.(25) Est-il possible de lier les paiements et la collecte des revenus à ces cycles de manière à améliorer les possibilités d'accès de la communauté aux services de santé? Est-il possible de joindre la collecte de ressources visant les services SSP à d'autres mécanismes de collecte? Par exemple, lorsque les services SSP sont fournis par le biais d'une organisation communautaire, telle qu'une coopérative ou un club de femmes, l'utilisation des procédures déjà établies en matière de paiements et de collecte de revenus peut faciliter la collecte.

La situtiion sanitaire constitue un autre facteur incontrôlable qui aura des incidences sur la disposition des intéressées à payer, particulièrement en ce qui concerne les stratégies de paiement anticipé. Dans le cadre d'un programme d'assurance, des chercheurs ont trouvé que les individus avaient tendance à s'inscrire seulement après être tombés malades, tant que la période des prestations commençait au moment de l'inscription. Lorsque la période des prestations a été changée de sorte qu'elle corresponde à l'année civile (ce qui se traduit par une période de prestations moins longue pour ceux qui s'inscrivent par la suite), les intéressés ont commencé à s'inscrire plus tôt.

Comment faut-il aborder le problème des participants qui ne paient pas les services ou les produits qu'ils ont reçus? Le problème du débiteur constitue une question opérationnelle délicate et importante. Les décideurs doivent distinguer entre ceux qui sont capables de payer mais qui doivent tout de même de l'argent et ceux qui n'ont pas les moyens nécessaires de

payer les services. Dans certains cas, la solution peut consister simplement à élaborer une procédure de rappel visant ceux qui n'ont pas payé, ou encore à établir un calendrier des paiements. Il convient de prévoir des dispositions spéciales s'appliquant aux démunis qui n'ont pas les moyens de payer. Les services ou les produits sanitaires peuvent être fournis en échange d'une quantité de travail déterminée qui sera fourni par l'intéressé ou par un membre de sa famille. Dans quelques communautés, les comités de santé villageois peuvent dresser une liste de ceux qui ont le droit de recevoir des bénéfices sans payer.

Une stratégie de financement communautaire qui exempte certaines personnes de tout paiement doit être capable de trouver d'autres revenus, afin de couvrir ces coûts, et il appartient donc aux analystes de tenir compte de ce facteur dans l'élaboration de solutions. Les stratégies qui ne tiennent pas compte de ce facteur et qui n'arrivent pas à compléter les revenus perdus ne réussissent pas très souvent. Par exemple, un dispensaire desservant les Amérindiens Paya du Honduras a dû fermer ses portes du fait que l'agent de santé communautaire avait distribué trop de médicaments gratuitement.(27)

La main-d'oeuvre bénévole représente une façon de compenser cette perte de revenus. Une autre façon consiste à faire payer davantage ceux qui ont les moyens nécessaires. Dans certaines sociétés, il existe une pression sociale qui favorise une approche "complaisante" auprès des débiteurs. Dans ce cas, les planificateurs devraient incorporer cette contrainte dans le système vu qu'elle constituera un coût complémentaire.

11. Supervision et contrôle

L'élaboration d'un système approprié de poids et de contrepoids en matière de supervision et de contrôle peut s'avérer aussi importante que le choix des directeurs du système. La supervision représente un moyen de fournir aux responsables de certaines tâches financières des commentaires portant sur leur performance. Comme on l'a indiqué dans la partie précédente, les activités de supervision se rapportent directement à la formation et à l'expérience antérieure des travailleurs.

---

*SUPERVISION ET CONTROLE*

*Variables de décision communes*

- *Mécanismes de supervision et de contrôle*
- *Critères s'appliquant aux superviseurs*
- *Qualités personnelles, expérience et capacités des superviseurs*
- *Fréquence et envergure de la supervision*

---

Qui devrait assurer la supervision de ceux qui gèrent le système de financement communautaire? Il s'agit d'un des problèmes opérationnels les plus importants de ce groupe. Le superviseur devrait avoir une connaissance de la stratégie de financement communautaire et posséder en outre une expérience lui permettant de prêter son secours aux gestionnaires et de leur offrir des conseils pour améliorer leur performance. La personne qui aura formé les agents représente un candidat éventuel. Cette personne aura la meilleure connaissance des tâches à remplir. Un commerçant local bien établi représente une autre option, vu que les commerçants ont en général une bonne connaissance de la gestion financière. Mais les planificateurs doivent évaluer la capacité du commerçant d'aider le gestionnaire à mieux comprendre les questions financières.

L'infirmier ou le médecin qui assure la supervision des services SSP fournis à la communauté représente un troisième candidat possible. Cette option constitue peut-être la solution la plus commode, dans la mesure où ces individus effectuent souvent des visites régulières et sont très respectés. Néanmoins, leur temps est parfois limité et, par ailleurs, le personnel ayant une formation médicale n'a pas forcément l'expérience nécessaire pour conseiller les agents dans le domaine des problèmes financiers. Parmi les autres possibilités figurent un comité de santé, un agent de santé plus expérimenté venant d'une autre communauté ou, enfin, un enseignant.

La sélection du superviseur dépend de plusieurs facteurs, y compris les besoins ressentis par ceux qui assurent la gestion, le soutien fourni par la communauté, les attitudes vis-à-vis de l'autorité, les relations sociales entre les deux sexes et l'expérience antérieure en matière de supervision. Les mécanismes de la supervision peuvent être très intensifs; par exemple, un examen journalier de la comptabilité effectué par un commerçant local. Une supervision moins intensive, comportant, par exemple, des visites trimestrielles effectuées par un responsable de la santé chargé d'examiner les activités des mois précédents, peut être suffisante dans la mesure où ceux qui assurent la gestion sont capables de résoudre les problèmes d'ordre pratique qui se produisent dans le cadre de la stratégie de financement communautaire.

Le calendrier et la fréquence de la supervision constituent une autre question importante. Lorsqu'il est établi en dehors de la communauté, le calendrier peut dépendre moins des besoins réels que de certains facteurs incontrôlables tels que les distances. En général, le coût des déplacements dans les régions isolées exclut souvent les visites fréquentes de la part de ceux qui ne sont pas membres de la communauté. Les ressources nécessaires pour effectuer ses déplacements, notamment un véhicule et de l'essence, coûtent cher et ne sont pas toujours disponibles. La plupart des programmes SSP sont eux-mêmes incapables d'assurer ces coûts. Les sources extérieures, par exemple le gouvernement et les donateurs étrangers, seront peut-être obligées de financer ces coûts liés à la supervision.

Dans une étude du PRICOR effectuée au Sénégal, par exemple, les chercheurs ont constaté que l'aide étrangère couvre les coûts récurrents de la supervision des agents de santé communautaires et il semble peu probable

que le gouvernement ou les communautés pourront un jour financer ces coûts. Il en est ressorti plusieurs questions concernant la nécessité d'une supervision régulière, la possibilité de prévoir la prestation des soins de santé primaires sans supervision régulière sur le terrain et, enfin, l'importance d'identifier diverses méthodes de prestation des SSP qui ne dépendent pas d'une telle supervision. L'identification des superviseurs compétents à l'intérieur de la communauté qui pourraient aider les gestionnaires du financement communautaire dans l'accomplissement de leurs tâches quotidiennes constitue une autre question qui mérite l'attention des chercheurs.

Les mécanismes de contrôle marchent de pair avec la supervision. Ils sont tous les deux incorporés dans la stratégie de financement communautaire en vue d'aider ceux qui sont chargés de la gestion financière à exécuter leurs tâches. Par exemple, un contrôle tel qu'une liste destinée à faciliter l'inventaire des produits pharmaceutiques sert à rappeler à l'agent de santé la situation des stocks. Ceci permet de commander en temps opportun les produits pharmaceutiques utilisés le plus fréquemment et, par ailleurs, évite de constituer des stocks excessifs de produits pharmaceutiques. Parmi les autres contrôles auxquels on peut avoir recours, citons le fait d'exiger plusieurs signatures pour toute sortie de fonds, le fait d'assurer que les recettes sont calculées, puis comparées aux fonds attendus et réels à plusieurs points de contrôle et, enfin, le fait de prévoir la sauvegarde des fonds à des endroits spécifiés tels que des banques.

12. Supervision et évaluation de la performance du FC

Un système exact et fiable de suivi et d'évaluation constitue une composante importante mais souvent négligée. Les programmes SSP disposent le plus souvent d'un système de renseignements et effectuent des évaluations périodiques, mais dans bien des cas les renseignements fournis ne sont pas utiles dans la prise de décisions. Dans la mesure où on cherche à améliorer la performance du FC, il y a lieu de prévoir un système clair et simple de supervision et d'évaluation.

---

*SUPERVISION ET EVALUATION DE LA PERFORMANCE DU FC*

*Variables de décision communes*

- *Utilisateurs des renseignements: décideurs au niveau central, régional ou local; renseignements différents fournis aux utilisateurs différents*

- *Sujets se prêtant à la supervision et à l'évaluation: quelles composantes exigent une supervision ordinaire (formation, supervision, services rendus) et quelles composantes exigent une évaluation basée sur des études spéciales*

- *Etablissement du calendrier: à quelle fréquence convient-il de rassembler et de communiquer les données dans le cadre d'un système de*

*supervision; à quelle fréquence et dans quel ordre convient-il d'effectuer les études d'évaluation*

- *Personnel: qui devrait se charger de la supervision et de l'évaluation (les ASC, leurs superviseurs, les membres de la communauté, les experts extérieurs, une combinaison); certains membres du personnel doivent-ils s'occuper de la collecte de données alors que d'autres s'occupent de l'analyse et de la diffusion; y a-t-il lieu de charger différentes personnes des diverses tâches et études de supervision et d'évaluation*

- *Caractère de la supervision et de l'évaluation: systèmes centralisés ou décentralisés; informatisés ou non informatisés; normalisés ou flexibles; basés essentiellement sur les statistiques en matière d'inscriptions et de services rendus ou sur des enquêtes et des expériences*

---

L'erreur d'incorporer trop de contrôles dans le système peut entraver la bonne gestion. En ce qui concerne les mécanismes de contrôle, l'identification du nombre et de l'amalgame optimaux constitue le type de problème auquel peut s'appliquer la recherche opérationnelle.

SELECTION DES PROBLEMES OPERATIONNELS A ETUDIER

Chaque problème à l'intérieur d'un groupe de problèmes représente un sujet possible de recherche opérationnelle. Lorsque le nombre de problèmes dépasse les ressources et le temps qu'on peut consacrer à leur étude, il convient d'établir des priorités. Les chercheurs auront besoin de collaborer de façon étroite avec le(s) décideur(s) en choisissant les problèmes prioritaires à étudier.

En général, le décideur et le chercheur devraient étudier les problèmes ayant le plus de poids dans la solution du problème global, c'est-à-dire ceux qui sont susceptibles de se répercuter le plus sur l'activité. Lorsque les données disponibles permettent de classer chaque problème d'une façon objective, l'établissement des priorités représente une procédure relativement directe. Les problèmes auxquels on attribue les valeurs (points, poids) les plus élevées seraient considérés prioritaires.

Cependant, il arrive souvent que les décisions de ce genre soient forcément basées sur des opinions et des jugements bien renseignés et, en outre, la participation de plusieurs décideurs est parfois nécessaire. On a élaboré un certain nombre de techniques qui facilitent ce type de prise de décisions. Chacune des techniques prévoit l'établissement de certains critères qui permettront de "classer" le problème. Par exemple:

1. Le plus important (le principal obstacle au financement communautaire);
2. La plus grande incertitude (aucune idée de ce que peut être la solution); et

3. La plus forte probabilité (de trouver des solutions rapidement).

Lorsque les priorités seront établies par un groupe de personnes, une technique très simple consiste à demander aux membres d'évaluer ou de classer chacun des problèmes selon ces critères. D'autres techniques simples qu'on peut appliquer, par exemple la technique de Delphes et la technique de Q-Sort, sont présentées dans la monographie du PRICOR intitulée Méthodes de recherche opérationnelle: Une approche générale des soins de santé primaires.

NOTES

1. Wayne Stinson, Community Financing of Primary Health Care (Washington, DC: APHA, 1982).

2. Ibid., p. 11.

3. Ibid., p. 19.

4. E.S. Quade, Analysis for Public Decisions, 2e édition (New York: Elsevier Publishing Co., 1982), p. 69.

5. Richard A. Johnson, Fremont E. Kast et James F. Rosenzweig, The Theory and Management of Systems (New York: McGraw Hill, 1963), p. 90.

6. Ibid., p. 91-92.

7. Stinson, op. cit., p. 75.

8. Ibid., p. 76.

9. Ibid., p. 77.

10. David Dunlop, et al., "Korea Health Demonstration Project", AID Project Impact Evaluation Report No. 36 (Washington, DC: AID, juillet 1982).

11. H. Elkins, Rapport de mission, 15-18 juillet 1983, p. 3.

12. Dayl S. Donaldson, "An Evaluation of Health Insurance Schemes in Lalitpur District, Nepal" (Washington, DC: AID, Office of Health, 1982).

13. Stinson, op. cit., p. 16.

14. S. Gordon et P. Dougherty, "Village Health Workers Paid by the Community: The Guyana Experience", ronéoté, sans date.

15. Stinson, op. cit., p. 21.

16. Télégramme du Département d'Etat, Tegucigalpa 11838, 28 octobre 1983.

17. Management Sciences for Health, "Investigation of Health Service Delivery in Three Elements of the Peruvian Private Sector", 1 novembre 1983.

18. Gordon et Dougherty, op. cit., p. 8.

19. Stinson, op. cit., p. 37.

20. Ibid., p. 83.

21. Ibid., p. 74.

22. A. Mead Over, "Five Primary Care Projects in the Sahel and the Issue of Recurrent Costs", ronéoté (Cambridge, MA: Harvard Institute for International Development, 1980).

23. Stinson, op. cit., p. 74.

24. Dunlop, et al., op. cit.

25. Michel Jancloes, et al., "Balancing Community and Government Financial Responsibilities for Urban Primary Health Care Services Pikine-Senegal", ronéoté, 24 novembre 1981.

26. Donaldson, op. cit.

27. David Werner et Bill Bower, Helping Health Workers Learn (Palo Alto, CA: The Hesperian Foundation, 1982), p. 10-12.

# CHAPITRE III

# CONCEPTION D'UN PROJET DE RECHERCHE OPERATIONNELLE EN MATIERE DE FINANCEMENT COMMUNAUTAIRE

## CHAPITRE III. CONCEPTION D'UN PROJET DE RECHERCHE OPERATIONNELLE EN MATIERE DE FINANCEMENT COMMUNAUTAIRE

Le PRICOR définit la recherche opérationnelle comme étant un processus systématique en matière d'élaboration de solutions qui s'applique à la planification et qui consiste en trois phases: l'analyse des problèmes, l'élaboration des solutions, puis la vérification des solutions. Ce chapitre décrit ce processus en raccourci et fournit des exemples destinés à montrer comment cette méthode peut être appliquée aux problèmes d'ordre opérationnel liés au financement communautaire des soins de santé primaires (SSP). A l'annexe figurent des résumés portant sur les projets de financement communautaire financés par le PRICOR. La monographie du PRICOR intitulée Méthodes de recherche opérationnelle: une approche générale des soins de santé primaires, de Stewart Blumenfeld, présente une description plus approfondie des méthodes de recherche opérationnelle.

La recherche opérationnelle peut faciliter la prise de décisions portant sur la gestion et, en même temps, la rendre plus rationnelle. Elle peut réduire la nécessité d'avoir recours à la méthode coûteuse d'approximations successives grâce à l'utilisation de procédures systématiques permettant la sélection de la "meilleure" ligne de conduite. Le personnel et les conseillers du PRICOR ont élaboré une méthode pratique de recherche opérationnelle qui incorpore les aspects essentiels de la recherche opérationnelle traditionnelle tout en restant suffisamment flexible pour qu'on puisse l'appliquer aux problèmes opérationnels importants identifiés au chapitre précédent. La figure 3-1 récapitule la méthode générale de recherche opérationnelle.

---

### FIGURE 3-1. -- ETAPES DE LA METHODE GENERALE DE RECHERCHE OPERATIONNELLE

**PHASE 1: ANALYSE DU PROBLEME**

1. Définir le problème.
2. Analyser le problème, le diviser en plus petits problèmes opérationnels et rassembler les données nécessaires.
3. Etablir les priorités et dégager les problèmes à étudier.

**PHASE II: ELABORATION DES SOLUTIONS (pout chaque problème opérationnel)**

1. Préciser l'objectif de la solution à chaque problème.
2. Dégager les variables contrôlables (de décision) ainsi que les facteurs incontrôlables (contraintes et facteurs de facilitation) de chaque problème.
3. Choisir et élaborer un modèle approprié pour la solution de chaque problème.
4. Rassembler les données nécessaires.
5. Se servir du modèle afin de dégager la ou les solutions optimales à chaque problème.
6. Effectuer une analyse de sensibilité de chaque solution.

**PHASE III: VERIFICATION ET EVALUATION DES SOLUTIONS**

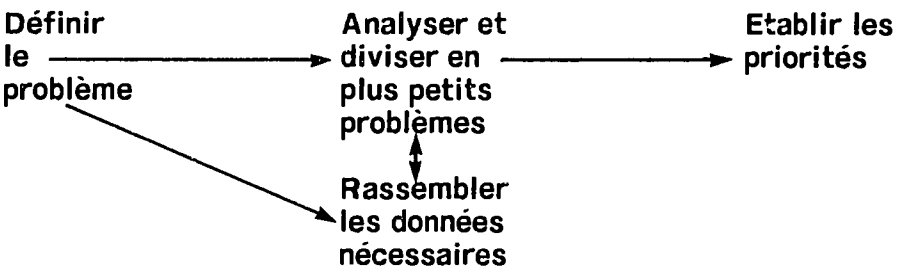
1. Elaborer un test auquel on peut soumettre la ou les solutions.
2. Effectuer le test et rassembler les données nécessaires.
3. Evaluer et modifier/ajuster la ou les solutions.
4. Rassembler les renseignements obtenus.

Les sections suivantes décriront brièvement les étapes de ce processus et les illustreront d'un exemple tiré d'un projet de recherche opérationnelle financé par le PRICOR. Vu que la recherche opérationnelle constitue un processus itératif, les différentes étapes ne sont pas forcément séquentielles et, selon la nature de l'étude, certaines étapes peuvent être répétées à plusieurs reprises alors que d'autres ne sont pas effectuées du tout.

PHASE I: ANALYSE DU PROBLEME

Les étapes de cette phase sont présentées à la figure 3-2 et décrites ci-dessous.

FIGURE 3-2. - ETAPES DE L'ANALYSE D'UN PROBLEME




Etape 1. Définir le problème

L'analyse d'un problème commence en général par l'identification d'un écart entre ce qui devrait se produire et ce qui se produit réellement. Par exemple, les villageois devraient soutenir leurs agents de santé, mais ils ne le font pas; les produits pharmaceutiques de base devraient être disponibles en zone rurale, mais ils ne le sont pas. Les renseignements conduisant à l'identification d'un problème peuvent provenir des observations, des rapports sous forme d'évaluation, des discussions avec les directeurs de programmes et d'autres sources.

Exemple: Depuis plusieurs années, le Ministère de la santé publique d'un pays sud-américain n'est pas capable d'assurer la prestation de soins de santé de base aux populations rurales et urbaines démunies. Le pays est très endetté et le Ministère dispose d'un budget d'exploitation extrêmement limité. Devant la possibilité que cette situation continuera indéfiniment, un certain nombre de coopératives rurales et urbaines ont pris la décision d'élaborer et de mettre à l'essai des systèmes d'autofinancement des soins de santé primaires, avec l'appui de la mission locale de l'USAID. Aucune étude n'a été effectuée, cependant, qui permettrait aux décideurs locaux-- dans ce cas, le conseil des administrateurs du nouveau projet -- de choisir ou d'élaborer la "meilleure" stratégie de financement possible. Le PRICOR est en train de financer un projet de recherche destiné à aider les coopératives à élaborer et à mettre à l'essai le "meilleur" système d'autofinancement.

Etape 2. Analyser le problème, le diviser en plus petits problèmes opérationnels et rassembler les données nécessaires

L'analyse d'un problème commence souvent par une description systématique du problème, ce qui permet de définir certains aspects tels que l'envergure, les dimensions, la gravité, les caractéristiques et les causes probables. Certains problèmes, par exemple la question de déterminer ce que la communauté peut financer, sont trop vastes pour qu'on puisse les étudier tous à la fois. Il convient de les diviser en problèmes plus abordables, tels que ceux qu'on a énumérés au chapitre II (les objectifs du financement communautaire, la population qui participera au programme, les services et les produits à financer, etc.).

Une façon de procéder à l'analyse d'un problème consiste à décrire comment le financement communautaire devrait fonctionner, en le considérant comme un système composé de diverses parties. Le système peut être déjà en cours ou au stade de la conception. La figure 2-2 du chapitre 2 constitue une représentation générale et schématique d'un système de financement communautaire. Le modèle montre que la contribution du système aux objectifs SSP dépend non seulement du bon fonctionnement des éléments (prix, collecte de revenus, contrôle, etc.), mais également d'autres facteurs de l'environnement (caractère saisonnier des revenus, soins de santé assurés par les praticiens privés, coûts des produits pharmaceutiques, etc.). Il est possible de décrire le système général de financement communautaire de cette manière schématique et d'analyser chacune des composantes, autrement dit chacun des sous-systèmes, afin de dégager des questions ou des problèmes opérationnels importants.

Par exemple, comment devrait-on fixer les prix; qui devrait se charger de la collecte des redevances; quelles méthodes devrait-on appliquer en vue de mobiliser des revenus? Il est parfois possible de combiner plusieurs composantes, par exemple la gestion et le contrôle, dans une seule analyse; en revanche, on est parfois obligé de prévoir plusieurs analyses d'une seule composante, ce qui arrive souvent dans le cas de la fixation des prix.

Les chercheurs ne peuvent pas décrire les problèmes opérationnels avec précision sans avoir rassemblé et analysé les données pertinentes. Vu que

l'acquisition des données peut être longue et coûteuse, les analystes devraient d'abord examiner les données existantes, puis établir une liste de toutes les autres données dont ils auront besoin. Bon nombre de chercheurs rassemblent simultanément les données exigées pour l'analyse du problème et pour l'élaboration des solutions possibles. Les données peuvent provenir de plusieurs sources, y compris les documents SSP, les rapports statistiques portant sur les dépenses effectuées au niveau du ménage, les observations en matière de comportement lié à la demande des soins de santé, les enquêtes sur l'utilisation des services offerts et, enfin, les études de cas dans le domaine des stratégies de financement.

**Exemple: Une équipe de chercheurs s'organise en vue d'élaborer un plan de travail portant sur le rassemblement des données exigées pour l'analyse d'un problème. Certaines des données serviront également à d'autres fins: l'identification des contraintes s'oppposant aux solutions possibles (par exemple, le caractère saisonnier des revenus au niveau du ménage), l'établissement de la gamme de valeurs de certaines variables de décision (combien les intéressés accepteront de payer pour les services SSP) et l'évaluation préliminaire de l'efficacité de la nouvelle stratégie de financement.**

**Les données nécessaires à ce stade sont rassemblées par le biais d'une enquête au niveau des ménages qui porte sur les besoins en matière de services sanitaires et les dépenses effectuées dans ce domaine, d'entretiens avec des informateurs importants (chefs de village, guérisseurs traditionnels, pharmaciens, etc.), d'une analyse des données disponibles sur les revenus et les coûts des produits et, enfin, d'études de cas des rares activités d'autofinancement déjà entreprises dans la région. A partir de ces renseignements, on prépare une description générale du "système" actuel de financement des soins de santé et dégage les problèmes opérationnels qu'il y aura lieu d'aborder. Il s'agit par exemple du problème de choisir les services SSP qui seront financés par la communauté, d'identifier les méthodes de financement qui seront appliquées, d'établir les prix des produits fournis et de prendre des décisions sur la gestion des fonds.**

Etape 3. Etablir les priorités et dégager les problèmes à étudier

Un certain nombre de problèmes ressortent parfois de l'analyse. Il est évident qu'on ne peut pas les étudier tous à la fois; il convient donc de fixer des priorités. L'analyste peut effectuer cette tâche de plusieurs façons différentes. Une approche consiste à identifier les problèmes qui sont susceptibles d'exercer les incidences les plus importantes et à les étudier en premier. Une autre approche consiste à identifier la séquence logique des décisions à prendre. Par exemple, avant de prendre une décision sur les prix et les redevances, les responsables doivent décider des services à fournir. Les responsables doivent contribuer également à dégager les problèmes opérationnels qui seront étudiés et à établir l'ordre dans lequel ils seront abordés.

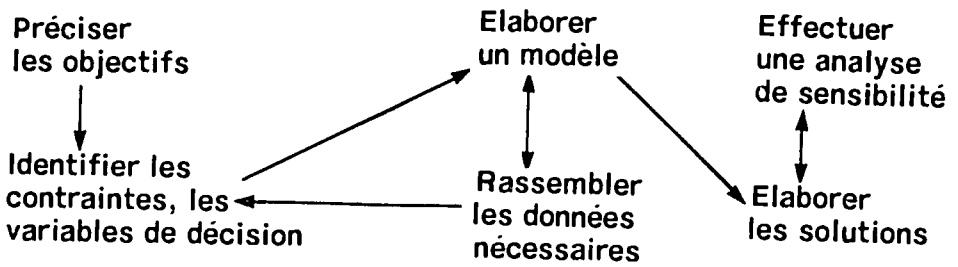
**Exemple: Une consultation avec le conseil des administrateurs du projet conduit à la conclusion qu'il y a lieu d'aborder trois problèmes**

étroitement liés entre eux. Il s'agit de décider des services qui feront partie de l'ensemble des bénéfices offerts à chaque coopérative, de calculer le coût de chaque programme de services et, enfin, d'établir les prix ou la structure financière de chaque programme. Le deuxième problème cité est considéré comme un sous-ensemble du problème des prix, dans la mesure où les revenus doivent couvrir les coûts. Ainsi, les deux problèmes prioritaires qu'il convient d'analyser sont le programme de services et les prix correspondants. Vu que le programme peut varier d'une coopérative à l'autre, une analyse séparée sera exigée pour chaque coopérative.

PHASE II: ELABORATION DES SOLUTIONS

Les étapes de l'élaboration d'une solution pour chacun des problèmes opérationnels sont présentées à la figure 3-3 et examinées ci-dessous.

FIGURE 3-3. -- ETAPES DE L'ELABORATION DES SOLUTIONS




Etape 1. Préciser l'objectif de la solution à chaque problème

Au début du processus qui consiste à élaborer une solution, l'analyste doit préciser les caractéristiques de la solution voulue d'une manière aussi quantitative que possible. Un objectif général du financement communautaire peut viser, par exemple, "la mobilisation de suffisamment de revenus pour fournir à tous les membres de la communauté les services et les produits SSP de base". Si le problème opérationnel concernait les paiements et la collecte de revenus, on pourrait exprimer l'objectif ainsi: élaborer un calendrier saisonnier de collecte de revenus capable de mobiliser suffisamment de revenus pour couvrir les coûts annuels. Si, en revanche, le problème opérationnel visait la formation des agents de santé communautaires en vue de leur permettre de gérer un fonds de roulement, l'objectif serait peut-être d'élaborer une stratégie pour la formation de __(effectif)__ agents de santé en matière de __(tâches)__ avant __(date)__. Il existe en général deux types d'objectifs dans le domaine de la recherche opérationnelle: 1) ceux qui maintiennent des objets de valeur (en minimisant les intrants, autrement dit les coûts); et 2) ceux qui obtiennent des objets de valeur (en maximisant les extrants, c'est-à-dire le rayon d'action). Il est inutile de chercher à atteindre les deux objectifs dans

le même temps (autrement dit, on ne peut pas maximiser les extrants et minimiser les intrants d'un seul coup).

Par exemple, dans le cadre de la lutte contre le paludisme, on pourrait définir l'objectif de la solution au problème comme suit: choisir la meilleure combinaison d'activités pour lutter contre le paludisme afin de maximiser la réduction de la fréquence du paludisme parmi les enfants en dessous de 10 ans. Dans la terminologie de la recherche opérationnelle, une telle expression des caractéristiques de la solution représente ce qu'on appelle l'objectif de la solution.

Exemple: L'équipe de chercheurs, en consultation avec le conseil des administrateurs, se met d'accord sur un objectif général de toutes les stratégies de financement communautaire, comme suit:

$$DT = CT$$

où: DT = Dépenses totales effectuées par les ménages à l'intérieur de la communauté pour les services de santé fournis par le biais du système de santé de la coopérative, et

CT = Coûts totaux de la prestation de ces services par le biais du système de santé de la coopérative.

Pour ce qui est des problèmes opérationnels spécifiques, le conseil affirme que "la décision finale, en ce qui concerne la gamme de services et les mécanismes de financement à appliquer, sera prise par les membres de chaque coopérative"; néanmoins, la gamme des options sera établie à partir de l'étude. Ainsi, les objectifs sont les suivants:

1. Programme de services. Elaborer un programme de services qui répond aux besoins de la population cible en matière de soins de santé primaires, qui est acceptable à cette population et qui n'exigera pas de contributions financières supérieures aux niveaux existants des dépenses effectuées pour les soins de santé.

2. Financement. Elaborer une stratégie de financement qui mobilisera suffisamment de revenus pour couvrir les coûts globaux du système, y compris le coût du réapprovisionnement; répartir les obligations équitablement dans toute la communauté; promouvoir l'utilisation des services appropriés; fournir des incitations à l'utilisation des services préventifs SSP; et prévoir un calendrier flexible de paiement, compte tenu des variations saisonnières des revenus.

Etape 2. Dégager les facteurs incontrôlables (les contraintes et les facteurs de facilitation) et les variables contrôlables (de décision) de chaque problème

Il est possible de représenter la performance d'un programme à l'aide d'une équation du premier degré:

$$P = f(C,I),$$

ce qui signifie que la performance (P) est fonction (f) d'un ensemble de variables contrôlables (C) et de variables incontrôlables (I). On appelle parfois une telle équation la fonction de l'objectif. L'objectif de la solution consiste souvent à maximiser la (P) de cette fonction de l'objectif.

Les variables contrôlables s'appellent également les variables de décision. Les variables de décision sont celles qui sont soumises au contrôle des décideurs et pour lesquelles ceux-ci doivent établir la "meilleure" valeur. Par exemple, ils ont peut-être à décider du meilleur prix à appliquer pour les sachets de sels TRO, de la fréquence de la collecte des redevances et des meilleures personnes pour gérer le système de financement communautaire. Il convient d'identifier toutes les variables de décision pour lesquelles il y a lieu d'établir la valeur.

Les contraintes dont doivent tenir compte les analystes au cours de l'élaboration d'une solution représentent un type important de variables incontrôlables. Les contraintes limitent l'éventail des choix et, pour cette raison, il convient de les identifier. Par exemple, il peut exister un règlement gouvernemental qui interdit la vente de certains produits pharmaceutiques sauf par l'intermédiaire des pharmacies.

Les facteurs incontrôlables qui sont positifs sont appelés des facteurs de facilitation; ils favorisent certains choix. Par exemple, si la plupart des membres de la communauté étaient disposés à payer les services de santé, ceci constituerait un facteur de facilitation. Les contraintes et les facteurs de facilitation possèdent des valeurs, autrement dit des grandeurs, que les analystes doivent déterminer également. Par exemple, combien les membres de la communauté accepteront-ils de payer pour les services SSP?

Un exemple simple peut servir à éclairer la relation qui existe entre les variables contrôlables et incontrôlables. En établissant les prix des SRO commerciaux, le fait que les ventes doivent couvrir les coûts à la fabrication peut représenter une contrainte. Les objectifs peuvent comprendre: 1) la maximisation de la proportion des cas graves de diarrhée où sont utilisés les SRO; et 2) la mobilisation de suffisamment de bénéfices, par le biais de la vente des SRO, pour financer les autres services SSP voulus. Le prix de vente constitue donc une des variables de décision. La valeur sera le prix spécifique (par exemple 2 pesos) qui est établi. Ainsi, une solution optimale sera la valeur qui parvient le mieux à atteindre les objectifs, compte tenu des contraintes; c'est-à-dire, le prix des SRO (la valeur de la variable de décision) qui maximisera l'utilisation des SRO dans les cas graves de diarrhée (objectif), compte tenu de la contrainte que les ventes doivent couvrir les coûts à la fabrication.

**Exemple: A partir des données rassemblées au cours de la phase 1, on procède à l'identification et à la quantification d'un certain nombre de contraintes, y compris plusieurs contraintes économiques. Par exemple, les prix des produits pharmaceutiques ont augmenté de 100 pour cent depuis l'année dernière et sont susceptibles de monter autant pendant les 2 prochaines années; les revenus au niveau du ménage ont un caractère saisonnier parmi les petits cultivateurs des zones rurales, qui obtiennent**

**près de 60 pour cent de leurs revenus annuels tout de suite après la récolte, au mois d'octobre; les revenus sont mieux répartis parmi la population active des zones urbaines; et le gouvernement vient d'annoncer que les salaires des travailleurs seront majorés de 57 pour cent. Parmi les principales variables de décision figurent: les services SSP fournis à chaque coopérative; les produits pharmaceutiques et autres fournis; le mécanisme de mobilisation des revenus (honoraires, contributions, impôt annuel); et les prix ou les redevances à appliquer.**

Etape 3. Choisir et élaborer un modèle approprié pour la solution de chaque problème

La recherche opérationnelle se sert d'une grande gamme de procédures s'appliquant à l'analyse de données en vue de parvenir à des solutions aux problèmes, mais c'est l'élaboration de solutions par le biais de l'utilisation de modèles qui constitue son trait distinctif. Les modèles sont des représentations de la réalité, exprimées en symboles qui peuvent être schématiques (cartes, diagrammes, graphiques opérationnels) ou mathématiques (une équation de l'efficacité par rapport au coût, une équation de l'offre et de la demande, un programme linéaire).

Dans la recherche opérationnelle, l'analyste choisit ou élabore un modèle qui convient au problème à l'étude, puis s'en sert de manière à dégager la solution meilleure, ou optimale, au problème. Pour ce qui est des variables contrôlables, le modèle permet à l'analyste d'essayer plusieurs valeurs différentes afin d'identifier la meilleure solution, compte tenu des contraintes. Par exemple, un analyste se servira peut-être d'une courbe de l'offre et de la demande pour déterminer le prix des SRO qui maximisera le volume des ventes tout en mobilisant suffisamment de revenus pour couvrir le coût des sels.

L'élaboration et l'utilisation d'un modèle constituent un processus beaucoup plus rapide, et beaucoup moins coûteux, que celui consistant à effectuer des expériences sur le terrain. Ce sont les principaux avantages de cette méthode, mais elle impose également des limitations. Les modèles ne peuvent donner qu'une idée approximative de la réalité, donc il y a lieu de les élaborer avec soin, vu qu'un modèle inapproprié ou peu réaliste engendrera forcément des résultats peu réalistes. Les modèles mathématiques complexes nécessitent en général des spécialistes et des ordinateurs. Néanmoins, il existe des techniques simples qui sont utiles, y compris les graphiques opérationnels, les arbres de décision et les matrices. On décrit ces modèles, ainsi que d'autres modèles pertinents, dans la monographie du PRICOR sur les méthodes de recherche opérationnelle.

**Exemple: L'équipe de chercheurs choisit deux modèles différents. Le premier est un modèle heuristique. L'équipe élabore un programme de services SSP à l'aide d'un schéma qui présente les besoins de la communauté en matière de santé, ainsi que l'importance de chaque besoin. (Voir tableau 3-1.) Les chercheurs se servent des données économiques rassemblées au cours de la phase 1 pour calculer le coût du service SSP qui répondra à chacun de ces besoins. Par le biais d'un processus structuré de groupe qui engage la participation des dirigeants de la coopérative, des agents de**

santé communautaires, des responsables du village, des fournisseurs des services de santé publique et de l'équipe de chercheurs, ils classent les besoins et les services correspondants par ordre de priorité. Ensuite, ils calculent le coût global des combinaisons de services voulues ("programmes de services") et choisissent un programme provisoire.

Le deuxième modèle choisi est un modèle économique, conçu de manière à évaluer les fonds que pourraient mobiliser divers mécanismes de financement. Les analystes étudient les données de la phase 1, les renseignements fournis par les principaux informateurs et les études de cas existantes afin de dresser une liste variée des différents mécanismes éventuels. Parmi les options les plus réalisables figurent les honoraires appliqués à la prestation des services et une cotisation mensuelle ou annuelle. Le tableau 3-2 fournit un exemple de l'utilisation de ce modèle.

Etape 4. Rassembler les données nécessaires

Chaque modèle exige certaines données. Si quelques-unes des données nécessaires ne sont pas disponibles, il conviendra de les rassembler. Comme dans la phase 1, les données peuvent provenir d'une variété de sources, selon les besoins.

Exemple: Les données rassemblées au cours de la phase 1 suffisent pour la plupart des besoins analytiques, mais, vu la situation économique précaire du pays, l'équipe de chercheurs étudie les données les plus récentes portant sur l'inflation et les coûts, puis met à jour les données économiques.

Etape 5. Se servir du modèle afin de dégager la ou les solutions optimales à chaque problème

A ce stade, on remplace les symboles abstraits que comporte le modèle par les données pertinentes dans le domaine des contraintes, des facteurs de facilitation et des variables de décision. En essayant des valeurs différentes (mais toujours réalistes), l'analyste peut élaborer et évaluer plusieurs solutions éventuelles. Celle qui répond le mieux aux objectifs, compte tenu des contraintes, constitue la solution "optimale". Par exemple, en employant le modèle, le chercheur peut changer le prix des SRO afin de déterminer les incidences des prix différents sur l'utilisation. La solution optimale sera le prix qui maximisera l'utilisation des SRO par les mères et les enfants, compte tenu des contraintes; par exemple, la contrainte que le prix ne doit pas dépasser 2 pesos le sachet.

Exemple: L'équipe de chercheurs rend visite à chaque coopérative et présente le schéma des besoins et des services en matière de santé. Les communautés choisissent plusieurs programmes de services, que l'équipe analyse par la suite en fonction de leurs coûts respectifs. Ensuite, elle calcule les redevances optimales pour les trois options de financement: honoraires individuels, cotisations mensuelles, cotisations annuelles. L'équipe constate que les cotisations mensuelles ne sont pas susceptibles de produire suffisamment de revenus et élimine donc cette option.

## TABLEAU 3-1. -- MODELE HEURISTIQUE POUR L'ETABLISSEMENT DES PRIORITES EN MATIERE DE SERVICES DE SANTE

On emploie ce schéma auprès des membres de la ommunauté afin de dégager les besoins sanitaires et d'établir les priorités en ce qui concerne la formation des agents de santé. Il est possible de le modifier de manière à établir les priorités parmi les différents services sanitaires à fournir. Par le biais de discussions en groupes, les membres de la communauté se mettent d'accord sur les divers besoins sanitaires, en apposant des croix pour indiquer l'importance relative (c'est-à-dire, + peu courant; + + + + + extrêmement courant). Les besoins (ou services) en matière de santé qui reçoivent le plus de points devraient constituer ensemble le programme de services au niveau de la communauté.

| PROBLEME | FREQUENCE | GRAVITE | PREOCCUPATION GENERALE | INCIDENCES SUR D'AUTRES PROBLEMES DE SANTE | POSSIBILITE D'ENSEIGNER LA PROPHYLAXIE OU LE TRAITMENT | CE QUE FERAIT OU POURRAIT FAIRE L'ASC FORME | IMPORTANCE A ACCORDER AU NIVEAU DE LA FORMATION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Diarrhée | + + + + | + + + + | + + + | + + | + + + + | + + + + | 21 |
| Malnutrition | + + + + | + + + | + + | + + + + | + + + + | + + + + | 21 |
| Vers | + + + + | + + | + + + + | + + | + + + + | + + + + | 20 |
| Toux | | | | | | | |
| Rhume | + + + + | + | + + + + | + | + + | + + | 14 |
| Pneumonie | + + | + + + | + + | + + | + + + | + + + + | 16 |
| Tuberculose | + + | + + + + | + + + | + + + | + + + + | + + + + | 20 |
| Maladies cutanées | + + + | + | + + + | + | + + + | + + + + | 15 |
| Maux d'estomac | + + + | + + | + + + | + | + + | + + + | 14 |
| Problèmes dentaires | + + + | + | + | + + + | + + + | + + + + | 15 |
| Fiévre | + + + | + + | + + + | + + + | + + + + | + + + + | 19 |
| Ivresse | + + | + + + | + + + + | + + + + | + | + | 15 |
| Grossesse et accouchement | + + | + + | + + | + + + + | + + + | + + + + | 17 |
| Crise cardiaque | + | + + | + + | + | + + | + | 9 |
| Epilepsie | + | + + | + | + | + + | + | 8 |
| Emploi du biberon | + + + | + + + | + | + + + + | + + + + | + + + | 18 |
| Tétanos | + | + + + + | + + + | + | + + + + | + + | 15 |
| Maux de tête | + + + | + | + | + | + + | + | 9 |
| Mauvais emploi de médicaments | + + + + | + + + | | + + + | + + + + | + + | 16 |
| Régime foncier | + + + + | + + + + | + + + + | + + + + | + + + + | + | 21 |
| Accidents | + + | + + + | + + + | + + | + + + | + + + | 16 |
| Problèmes vaginaux | + + + | + | + + | + + | + + + | + + + | 14 |
| Rougeole | + + | + + + + | + + | + + + | + + + | + + + | 17 |
| Coqueluche | + + | + + + + | + + + | + + | + + + | + + + | 16 |

## TABLEAU 3-2. -- MODELE ECONOMIQUE POUR L'ETABLISSEMENT DE COTISATIONS

L'objectif global de la stratégie d'autofinancement consiste à assurer que l'ensemble des revenus mobilisés est égal aux coûts totaux de la prestation des services de santé. On puet l'exprimer comme suit:

$$RT = CT,$$

où RT représente les revenus totaux et CT représente les coûts totaux. L'économiste calculera le coût de la prestation des services à divers niveaux. Dans cet exemple, les niveaux sont une faible demande, une demande moyenne et une forte demande. On présente ci-dessous la formule qui permet de calculer ces coûts.

Coûts totaux (pesos)

| Niveau de la demande des services | Coût de services fournis | + | Coût des produits pharmaceutiques fournis | + | Coûts fixes | = | Coûts totaux |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Faible | 45.000 | | 55.000 | | 150.000 | | 250.000 |
| Moyen | 95.000 | | 110.000 | | 150.000 | | 355.000 |
| Fort | 125.000 | | 180.000 | | 150.000 | | 455.000 |

Ensuite, l'économiste calculera la cotisation annuelle qu'il faut appliquer afin de mobiliser les revenus exigés à chaque niveau de service. Dans cet exemple, on essaie plusieurs montants différents et les multiplie par le nombre de membres qui paient ces redevances et par la probabilité de pouvoir assurer leur collecte.

Revenus totaux (pesos)

| Redevance annuelle x | Nombre de membres | x | Probabilité de la collecte | = | Revenus totaux |
|---|---|---|---|---|---|
| 100 | 2.400 | | 0,95 | | 228.000 |
| 200 | 2.000 | | 0,80 | | 320.000 |
| 400 | 1.800 | | 0,75 | | 540.000 |
| 800 | 600 | | 0,75 | | 360.000 |
| 1.000 | 500 | | 0,75 | | 375.000 |

En comparant les deux tableaux, l'économiste établit que, en cas de forte demande, la cotisation optimale est entre 200 et 400 pesos. D'autres calculs basés sur diverses cotisations possibles dans ce limites conduirait à l'identification de la cotisation optimale.

Etape 6. Effectuer une analyse de sensibilité de chaque solution

Il convient de soumettre les solutions qui ressortent des procédures présentées ci-dessus à un test de "réalité" afin d'assurer qu'elles sont raisonnables, politiquement et culturellement acceptables et, enfin, compatibles avec les solutions élaborées pour d'autres problèmes d'ordre opérationnel (par exemple, la rémunération des agents de santé communautaires). L'analyse de sensibilité permet à l'analyste de voir comment les résultats changeraient si les objectifs, les variables de décision ou les contraintes étaient modifiés, par exemple, de 5 ou 10 pour cent. (Il s'agit d'un exercice "sur papier" plutôt que d'un véritable essai de la solution effectué sur le terrain. Après avoir incorporé les changements indiqués, le chercheur sera prêt en principe à recommander au décideur la "meilleure" solution.)

**Exemple: L'équipe de chercheurs présente les résultats provisoires au conseil d'administrateurs, qui estime que les honoraires appliqués aux services fournis et les cotisations annuelles seraient tous les deux acceptables. L'économiste calcule encore une fois les niveaux des redevances, cette fois sur la base d'une estimation plus élevée du taux d'inflation et du coût des produits pharmaceutiques. Il est clair qu'aucune des deux stratégies de financement ne suffira si le taux d'inflation dépasse 50 pour cent au cours de l'année prochaine, à moins qu'il ne se produise une augmentation équivalente des revenus ou qu'on ne renonce à certains des services envisagés. Le conseil accepte de procéder, malgré cette incertitude, et prend la décision de présenter ces renseignements aux coopératives et de leur permettre de choisir la stratégie qui leur convient.**

PHASE III: VERIFICATION ET EVALUATION DES SOLUTIONS

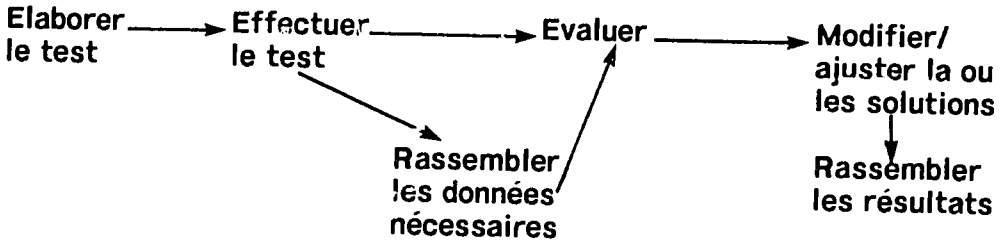
Les étapes de cette phase sont présentées à la figure 3-4 et exposées de façon plus approfondie ci-dessous.

Etape 1. Elaborer un test auquel on peut soumettre la ou les solutions

Lorsque les décideurs ont choisi les solutions qu'ils préfèrent, il se peut qu'un test ou qu'un essai réel soit nécessaire pour valider la ou les solutions. Le test peut s'appliquer à une ou plusieurs solutions et peut être conçu de plusieurs façons différentes: une étude d'évaluation à laquelle s'ajoute certains contrôles, un projet pilote ou de démonstration destiné à évaluer la faisabilité, ou encore une modification des activités du programme qui consiste à les évaluer et à les ajuster dans le temps. Par exemple, il serait possible de vendre les sachets SRO à divers prix afin d'évaluer les incidences des prix sur les ventes. Il serait possible également d'essayer divers mécanismes de financement (cotisations annuelles et honoraires) dans des communautés différentes. Quelle que soit la forme de l'essai sur le terrain, cependant, il convient de l'élaborer avec soin de manière à assurer que les résultats seront exacts et applicables à d'autres communautés de la région ou du pays.

**Exemple: Chaque coopérative choisit son propre programme de services et sa propre stratégie de financement. Deux coopératives adoptent un**

FIGURE 3-4. -- ETAPES DE LA VERIFICATION ET DE L'EVALUATION DES SOLUTIONS




système d'honoraires et une autre adopte un système de cotisations annuelles, ceci pendant une période d'essai de 2 ans. L'équipe de chercheurs élabore un test sur le terrain qu'on applique à trois communautés ne participant pas au programme mais comprises dans l'enquête initiale en tant que groupes témoins. On prévoit un test ultérieur basé sur cette même enquête ménagère effectuée dans le cadre du rassemblement des données de référence.

Etape 2. Effectuer le test et rassembler les données nécessaires

On effectue les tests conformément au programme d'évaluation. Il s'agit de rassembler des données sur la performance réelle, y compris les revenus mobilisés, les services utilisés, la population desservie et d'autres indices clés, dans le but d'évaluer les solutions.

Exemple: L'équipe de recherche effectue les tests sur le terrain dans trois communautés. Elle analyse les rapports statistiques trimestriels afin de suivre le fonctionnement des statégies de financement. Elle effectue une évaluation rapide après chaque période de fonctionnement et recommande des changements au niveau du programme de services et des redevances. A la fin de la période du projet, elle effectue une enquête ménagère de suivi, puis analyse et présente les résultats au conseil des administrateurs et aux dirigeants de la coopérative.

Etape 3. Evaluer et modifier/ajuster la ou les solutions

Sur la base des résultats obtenus par le biais du test, on modifie ou ajuste les solutions théoriques. Si les modifications sont importantes, il y aura lieu de prévoir d'autres tests.

Exemple: L'analyse des résultats de l'évaluation effectuée par l'équipe de chercheurs montre que les cotisations annuelles constituent la plus productive des deux stratégies, mais qu'il convient d'établir les cotisations selon une échelle mobile de manière à améliorer l'accès des membres à faible revenu aux services. Le conseil des administrateurs et les coopératives acceptent les recommandations.

Etape 4. Rassembler les renseignements obtenus

Il arrive parfois qu'on apporte plusieurs changements simultanés au système. En ce cas, le chercheur doit "recombiner le système" afin d'évaluer les incidences exercées sur le système global par les modifications effectuées dans une partie du système. Par exemple, en modifiant les prix, pourra-t-on parvenir à mobiliser davantage de revenus, et ne conviendrait-il pas de modifier en conséquence les mécanismes de gestion et de contrôle? L'analyste doit amalgamer les divers changements en vue d'assurer que le système entier continue à fonctionner d'une manière productive.

**Exemple: Au cours de la deuxième année du test, les analystes effectuent plusieurs petits projets de recherche opérationnelle portant sur les problèmes qui surgissent, y compris l'approvisionnement en produits pharmaceutiques, la supervision des agents de santé et la gestion des fonds. Les analystes incorporent les résultats de ces études dans le test en cours et notent les incidences sur le système. Le rapport final comporte des recommandations sous forme de modifications à apporter à divers volets du système de manière à améliorer la performance du système global.**

UNE NOTE FINALE

Certains problèmes ne permettent pas de suivre les étapes présentées ci-dessus exactement dans l'ordre indiqué. Par exemple, il peut arriver que les analystes aient besoin de recueillir des données avant de choisir un modèle analytique. Les étapes et les méthodes peuvent se chevaucher ou certaines étapes peuvent se répéter. Il peut arriver également que les analystes effectuent des recherches simultanées sur divers problèmes d'ordre opérationnel. Il convient donc de considérer ces étapes comme une orientation générale pour procéder à la recherche opérationnelle mais qu'il faut employer avec souplesse.

# ANNEXE

## RESUMES DES ETUDES FINANCEES PAR LE PRICOR EN MATIERE DE FINANCEMENT COMMUNAUTAIRE DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES

## ANNEXE: RESUMES DES ETUDES FINANCEES PAR LE PRICOR EN MATIERE DE FINANCEMENT COMMUNAUTAIRE DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES

Cette annexe résume un certain nombre d'études financées par le PRICOR qui illustrent les différentes façons dont on peut utiliser la recherche opérationnelle pour étudier les problèmes du financement communautaire des soins de santé primaires.

### HONDURAS: Etude des alternatives de financement pour les soins de santé de base

Le Ministère de la santé publique et de l'assistance sociale, avec l'assistance technique des Sciences de la gestion pour la santé, a entrepris une étude de 24 mois afin d'élaborer et de tester les alternatives de financement communautaire destinées à compléter les services fournis par le Ministère.

La première étape de l'étude comprenait le rassemblement de données émanant de sources diverses afin d'analyser le problème en profondeur et d'identifier les diverses possibilités de financement. Au moment de la rédaction de ce rapport, ces alternatives semblent être les suivantes: 1) des frais de consultation par le personnel de santé, notamment l'employé de santé communautaire, le médecin et l'infirmière auxiliaire; 2) la vente de médicaments dans les centres de santé; et 3) la sollicitation de contributions en main-d'oeuvre, en matériel et en terrains.

La seconde phase de l'étude examinera chacune de ces possibilités afin d'évaluer leurs coûts potentiels, leurs effets et le coût-efficacité relatif. Pour chaque possibilité de financement, on comparera les coûts et les estimations du champ d'application afin de déterminer quelles sont les alternatives qui permettront le champ d'application le plus large pour un coût donné.

Au cours de la phase finale de l'étude, une de ces possibilités de financement ou davantage seront testées sur le terrain dans deux zones sanitaires du pays pendant environ 6 mois. Une fois les résultats du test analysés, on procédera à des ajustements des plans de financement avant leur mise en oeuvre au niveau national.

Pour de plus amples informations sur ce projet, prendre contact avec le Dr Yanuario Garcia, Direccion General de Salud, Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social, Tegucigalpa, Honduras, C.A., ou au Dr Frederick Hartman, Management Sciences for Health, Apartado Postal N° 7, Colonia Kennedy, Tegucigalpa, Honduras, C.A.

### BRESIL: Financement communautaire pour les soins de santé primaires

Les habitants des favelas (taudis) de Rio de Janeiro n'ont qu'un accès limité au soins de santé de base. Le Centro de Pesquisas de Asistencia Integrada a Mulher e a Crianca (CPAIMC) a fourni des services de santé materno-infantiles et de planning familial à certaines de ces communautés

urbaines marginales au cours des 5 dernières années. L'objectif de ce projet de recherche consiste à trouver des moyens de financer les services qui pourraient être délivrés à des mini-postes et des unités de santé.

L'étude couvrira une période de 21 mois. Au cours de la première phase, l'analyse du problème, les chercheurs ont identifié 18 façons dont les communautés pourraient participer au financement des soins de santé primaires.

Au cours de la seconde phase, les chercheurs utiliseront à nouveau des techniques de traitement en groupe (échanges d'idées, Technique nominale de groupe, Delphi) ainsi que les matrices d'interaction afin d'identifier la meilleure méthode de financement communautaire pour chaque favela. Les solutions les plus appropriées seront les plans qui ont le plus de chances de succès compte tenu des contraintes. Ces solutions potentielles seront ensuite soumises au "test de la réalité" lorsqu'elles seront présentées aux chefs de la communauté, aux responsables du Ministère de la santé, aux décideurs du CPAIMC et à d'autres pour être examinés et critiqués.

Une fois que les alternatives de financement de la communauté ont été identifiées, elles seront testées sur le terrain au cours d'une période de 10 mois. Un plan quasi-expérimental sera employé pour mesurer les extrants des différentes alternatives (services fournis, champ d'application, revenus obtenus) ainsi que leur coût-efficacité relatif. Le personnel de recherche proposera des recommandations qui seront basées sur les résultats de l'analyse afin d'améliorer les systèmes de FC. Ces modifications seront introduites au cours du dernier mois de l'étude.

Pour de plus amples informations, prendre contact avec M. Darci Dusilek ou Mme Karen J. Lassner, CPAIM, Avenida Presidente Vargas 2863, 20210 Rio de Janeiro, Brésil.

BENIN: Alternatives de financement communautaire en matière de soins de santé primaires

Le dispensaire d'obstétrique et de gynécologie de la Faculté des sciences de la santé à l'Université nationale du Bénin, avec l'assistance technique du Comité de service universaliste unitarien, apporte son assistance aux habitants de la commune rurale de Pahou pour l'organisation d'un projet de démonstration pour la santé familiale et la médecine communautaire. L'un des objectifs de ce projet consiste à établir un modèle à prix modéré pour les services de gestion et de soins de santé "qui utilisera d'une façon efficace et rentable les ressources locales pour la prestation des soins de santé." Les chefs de la communauté ont accepté de financer les coûts des médicaments et la rémunération des employés de la santé communautaire. L'étude porte sur la question suivante: quelle est, pour la communauté, le meilleur moyen de financer ces postes?

La phase I de l'étude est l'analyse systématique des composantes essentielles d'un plan de financement et l'évaluation des plans de rechange. L'équipe de recherche travaille en collaboration avec le personnel de Pahou et les communautés de santé des villages afin de définir une "matrice

modèle" qui dressera la liste des qualités d'un plan de financement réussi sur un axe, et les alternatives de financement sur l'autre. Grâce à la détermination de relations quantitatives pour chaque alternative par rapport à chaque qualité, il sera possible d'identifier les plans de financement les plus prometteurs. Jusqu'à présent, on a identifié deux plans principaux: le remboursement anticipé et le paiement par épisode de maladie.

Au cours de la phase II, on testera les alternatives choisies par les diverses communautés. Un contrôle et une évaluation périodiques permettront d'apporter les modifications nécessaires à l'amélioration du fonctionnement de chaque alternative de FC. Une évaluation finale déterminera l'efficacité de chaque système.

Pour de plus amples informations, prendre contact avec le Dr Alihonou Eusebe, B.P. 1822, Cotonou, Bénin ou Ms. Elizabeth Coit, Unitarian Universalist Service Committee, 78 Beacon St., Boston, MA 02108.

THAILANDE: Financement communautaire des activités SSP en matière de nutrition et d'assainissement

Il s'agit d'une étude de 19 mois des fonds de roulement dans 40 à 50 villages en Thaïlande centrale, du Nord-Est, et du Sud en vue d'analyser l'expérience existante en matière de financement communautaire de la surveillance de la nutrition, de l'alimentation complémentaire et de l'hygiène des ménages. Au cours de la première étape du projet, plus de 12.000 fonds de roulement ont été identifiés. Une enquête par courrier a révélé des données sur plus de 4.600 de ces fonds. Des études de cas suivies ont été prévues pour environ 60 fonds. Les objectifs sont les suivants: 1) décrire les modèles viables existants pour le financement communautaire de ces activités; 2) analyser les considérations d'équité; et 3) expliquer les variations. Le but final consiste à mettre au point des plans de financement modèles, qui seront testés en 1984-85. L'étude est menée par le Conseil national économique et de développement social, avec l'assistance technique d'un consultant américain.

Pour de plus amples informations, prendre contact avec Miss Orathip Tanskul, NESDB, Krung Kasem Rd., Bangkok 10100 Thaïlande ou avec le Dr Charles Myers, Harvard Institute for International Development, 1737 Cambridge St., Cambridge, MA 02138.

BRESIL: Financement de l'approvisionnement en eau de la communauté

Il s'agit d'une étude rétrospective des projets lancés par le Fundacao Servicos de Saude Publica (FSESP), fondé en 1942. Une enquête conjointe menée par la Johns Hopkins University et le FSESP en 1960 a servi de données de base pour le projet. Les données seront analysées afin d'identifier les facteurs qui sont responsables de la réussite et de l'échec des plans de financement et afin de comparer leur coût-efficacité. Ces informations seront ensuite utilisées pour élaborer des plans de financement de rechange qui pourraient être utilisés en matière de soins de santé primaires au Brésil.

Pour de plus amples informations, prendre contact avec le Dr Timothy Baker, School of Hygiene and Public Health, Johns Hopkins University, 615 North Wolfe St., Baltimore, MD 21205.

SENEGAL: Financement communautaire des soins de santé primaires

Le Ministère de la santé et les différents organismes bailleurs de fonds estiment que la mobilisation des ressources comunautaires couvrira au moins certains des services SSP qui sont essentiels à l'expansion des soins de santé primaires au Sénégal. Cette étude de trois mois avait trois objectifs: 1) détermination des facteurs associés à la réussite du financement communautaire des soins de santé primaires au Sénégal dans le passé; 2) critique des plans de FC proposés pour la deuxième phase du projet de Sine Saloum; et 3) élaboration d'un plan pour la composante du financement communautaire de la deuxième phase du projet.

Pour de plus amples informations, prendre contact avec le Dr Clive Gray, Harvard Institute for International Development, 1737 Cambridge St., Cambridge, MA 02138.

ZAIRE: Financement communautaire des employés de santé du village

Ce projet de 20 mois cherche à étudier le coût-efficacité relatif des divers systèmes SSP (gouvernementaux et privés) qui fonctionnent au niveau de la communauté au Zaïre, particulièrement en ce qui concerne l'utilisation des services au niveau du dispensaire. L'étude espère identifier: 1) les stratégies de financement les plus efficaces par rapport au coût pour étayer les services du dispensaire; 2) le rapport entre ces stratégies et le niveau d'utilisation; et 3) l'applicabilité de ces stratégies dans les différentes régions du pays.

Pour de plus amples informations, prendre contact avec le Dr Lusamba Dikassa, Département de la santé publique, Ecole de médecine, B.P. 128, Kinshasa XI, Zaïre ou le Dr Frank Baer, Basic Rural Health Project, USAID/Kinshasa, Washington, DC 20523.

PHILIPPINES: Test des plans de financement des SSP

Il s'agit d'un test expérimental des plans de financement au niveau de la communauté dans les communautés rurales de la province d'Iloilo. Douze barangays (villages) dans le cadre du projet Panay Unified Services for Health (PUSH) forment l'ensemble de l'étude. Les employés de santé barangays aideront les communautés à élaborer les plans de financement communautaire. Deux à trois plans seront élaborés et testés dans trois barangays, les autres servant de groupes de contrôle.

L'étude porte essentiellement sur le processus d'élaboration et de mise en oeuvre de ces plans, la performance du fonctionnement des plans et leurs résultats en ce qui concerne les changements dans l'utilisation des services, le comportement des individus recherchant la santé et les dépenses en matière de santé. La recherche est effectuée sur une période de 24 mois

par le personnel de l'Université des Philippines dans les Visayas, avec l'aide d'un certain nombre de consultants philippins.

Pour de plus amples informations, prendre contact avec le Dr Trinidad Osteria, University of the Philippines - Visayas, Iloilo City, Panay, Philippines.

REPUBLIQUE DOMINICAINE: Mise en oeuvre d'un système de roulement pour les médicaments

La disponibilité et le financement des médicaments essentiels est considéré par le Ministère de la santé comme un des principaux obstacles à l'expansion des soins de santé primaires en République dominicaine. Après avoir envisagé un certain nombre d'alternatives, le Ministère de la santé a décidé que la mise en oeuvre d'un fonds de roulement pour les médicaments (FRM) serait le meilleur moyen d'assurer la disponibilité des médicaments et de financer une partie importante du programme SSP. Cette étude porte sur la question suivante: Comment peut-on mettre au point le meilleur FRM et résoudre les problèmes opérationnels associés à sa mise en oeuvre? Au cours de la première phase de l'étude, l'équipe de recherche a mené une analyse systématique des composantes d'un FRM pour la République dominicaine. L'étape suivante consiste à identifier les problèmes opérationnels puis, en utilisant les méthodes appropriées, à analyser et à considérer les solutions de rechange à ces problèmes. Le FRM sera tout d'abord testé dans le district du Roseau, ce qui permettra d'évaluer les solutions de rechange. Le FRM sera ensuite mis en oeuvre par étapes dans tout le reste du pays. Le Ministère de la santé reçoit l'assistance de consultants de Management Sciences for Health au cours de cette étude de 18 mois.

Pour de plus amples informations, prendre contact avec le Dr Desmond O.N. McIntyre, Coordinateur des Services de santé, Ministère de la santé, Roseau, République dominicaine, Antilles ou M. Peter Cross, Management Sciences for Health, 165 Allandale Rd., Boston, MA 02130.

BOLIVIE: Financement communautaire des SSP par l'intermédiaire des coopératives

Ce projet de 2 ans se propose d'élaborer et de tester les plans d'auto-financement qui peuvent être appliqués par les coopératives urbaines et rurales à Santa Cruz. Au cours de la phase I, les animateurs de santé du village réuniront des données sur les problèmes de santé, les besoins en service et les dépenses pour la santé. Ces informations seront utilisées pour aider les comités de santé du village à sélectionner des programmes de services SSP et les moyens de les payer.

Au cours de la phase II, les plans seront mis en oeuvre et contrôlés. On procédera à des ajustements dans les plans de financement afin d'encourager leur reproduction dans d'autres coopératives en Bolivie. USAID/Bolivie financent la mise au point de ces plans, et les fonds du PRICOR seront utilisés pour les composantes de la recherche.

Le projet est mené par la Fundacion Integral de Desarollo (FIDESO) avec l'assistance technique d'un épidémiologiste et d'un économiste de la santé. Pour de plus amples informations, prendre contact avec M. Martin Miller ou M. Jaime Bravo, FIDES, Casilla 1911, Santa Cruz, Bolivie.

LIBERIA: Planification et évaluation des plans de financement dans le district de Kolahun

Cette étude de 18 mois sera menée par le personnel de l'hôpital Phebe dans un district rural du Liberia. L'objectif consiste à déterminer comment la communauté elle-même peut financer tout ou une partie des coûts des services de SSP afin d'assurer le soutien de ces services essentiels. Une enquête de base sera menée pour identifier les besoins en santé et en services, les fournisseurs éventuels et les populations cibles ainsi que la disposition et les moyens de payer ces services.

Les alternatives de financement, dont on a dressé la liste dans la monographie APHA, seront examinées en utilisant une matrice de définition du système. Celles qui semblent atteindre les objectifs, compte tenu des contraintes existantes, seront évaluées par les chefs de la communauté locale à la suite d'une procédure Delphi. La meilleure alternative sera ensuite testée sur le terrain sur une période de 12 mois.

Pour de plus amples informations, prendre contact avec le Dr Andrew Cole, Christian Health Association of Liberia, P.O. Box 1046, Monrovia, Liberia.

## LECTURES CONSEILLEES

Nombre des références utilisées pour préparer ce document ne sont pas nécessairement disponibles. On trouvera ci-après une liste brève des articles et des livres concernant le financement communautaire qui sont généralement disponibles.


Financement

Wayne Stinson, Community Financing of Primary Health Care, Association américaine de la santé publique, série 1 de monographies sur les programmes internationaux de la santé, N°4, 1015 Fifteenth St. N.W., Washington, D.C. 20005, 1982.

Organisation mondiale de la santé, "Cost and Financing of Primary Health Care (PHC) at the Community Level," Genève: WHO/PHC/80.1, Mars 1980.

Dieter K. Zschock, Health Care Financing in Developing Countries, Association américaine de la santé publique, série de monographies sur les programmes internationaux de la santé, N°1, Washington, D.C., 1979.

Recherche opérationnelle

Stewart Blumenfeld, Operations Research Methods: A General Approach in Primary Health Care, Methodology Paper N°1, PRICOR, 5530 Wisconsin Avenue, Chevy Chase, MD 20815, 1985.

Peter Delp, et al., Systems Tools for Project Planning, International Devlopement Institute, Indiana University, Bloomington, IN, 1977.

F. Grundy et William A. Reinke, Health Practice Research and Formalized Managerial Methods, Public Health Papers N°51, Genève: OMS 1973 (également disponible en français et en espagnol).

# GLOSSAIRE

Ce glossaire a été compilé afin d'aider les participants à comprendre la signification de certains termes utilisés par le PRICOR.

AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE: Membre indigène de la communauté fournissant les soins sanitaires de base, préventifs et curatifs, aux membres de la communauté. Ils sont également appelés animateurs, auxiliaires de santé communautaires, employés de la santé, conseillers sanitaires, vulgarisateurs sanitaires, entre autres.

ALTERNATIVE (OPTION): Situation comportant une possibilité de choix entre deux ou plusieurs solutions, dont une seule sera choisie.

ANALYSE SYSTEMIQUE: Identification des éléments composant un système et évaluation des relations existant entre eux.

ANALYSE FONCTIONNELLE: Terme générique recouvrant l'application d'une large gamme de méthodes (notamment la RO) à des problèmes ou entités qui sont conceptualisés ou organisés en systèmes.

ANALYSE SYSTEMATIQUE: Analyse réalisée selon une procédure organisée.

ANALYSE DE SENSIBILITE: Analyse montrant comment une solution est affectée par la modification d'une ou de plusieurs variables influençant sa valeur.

"BRAINSTORMING": Réunion de plusieurs personnes susceptibles d'avoir des idées sur une question.

BUT: Incidence désirée. Dans le cas des soins de santé primaires, état de santé que l'on désire ou que l'on prévoit d'atteindre grâce à une activité, un projet ou un programme; par exemple, réduire la mortalité infantile.

COMMUNAUTE: Groupe d'individus partageant une organisation ou des intérêts communs, ou vivant aux mêmes endroits avec les mêmes lois.

COMPOSANTE: Elément d'un système.

CONTRAINTE: Elément de nécessité ou restriction affectant un système et limitant la liberté de choix.

COUT-EFFICACITE: Technique servant à comparer les coûts et l'efficacité de différentes solutions possibles pour réaliser le même objectif.

CRITERE: Caractéristique, règle ou test permettant de juger un objet ou un événement.

DECISION: Acte ou processus de choix entre plusieurs solutions.

DEMANDE: Type et quantité de service ou de marchandises désirés ou demandés.

EFFETS: Modification des connaissances, de l'attitude et du comportement (pratiques) d'individus, de familles ou de communautés par suite d'un programme, d'un projet ou d'une activité.

EFFICACITE: Niveau de réalisation des objectifs d'un programme ou d'un système. Les résultats sont habituellement comparés à certaines normes, telles que les objectifs fixés au départ. Par exemple, le programme a atteint 90 pour cent de son objectif.

EFFICIENCE (RENTABILITE): Réalisation des objectifs sans gaspillage de ressources; rapport extrants-intrants engagés. Par exemple, le programme A, qui permet d'examiner 10 mères par jour, est plus rentable que le programme B, avec 5 mères par jour.

EVALUATION: Jugement de valeur. En pratique, processus permettant de juger certains objets, méthodes ou programmes en les comparant à des normes de valeur spécifiques (par exemple les objectifs), en vue de choisir parmi plusieurs solutions possibles.

EXTRANTS: Types et quantités de biens et de services produits par une activité, un projet ou un programme. Par exemple distribution de 750 paquets de sels de réhydratation orale.

FACTEUR DE FACILITATION: Variable incontrôlable qui favorise certains choix (par exemple l'accord des individus de payer les SSP).

FACTEURS INCONTROLABLES: Facteurs qui ne sont pas sous le contrôle du responsable.

FACTEURS CONTROLABLES: (Voir variables de décision).

FINANCEMENT DES SSP PAR LA COMMUNAUTE: Mobilisation des ressources par une communauté en vue de financer la totalité ou une partie des services sanitaires préventifs ou curatifs de base.

FONCTION OBJECTIVE: Enoncé ou équation exprimant les relations entre les actions d'un responsable et les résultats de ces actions ou entre la variable de décision et l'objectif de la solution.

INCIDENCE: Changement dans la condition de vie (par exemple santé, niveau de vie) des individus, des familles ou des communautés par suite d'un projet ou d'une activité. Par exemple, réduction de la mortalité infantile de 15 pour cent.

INDICATEUR: Phénomène observable qui remplace un phénomène moins observable (par exemple le poids par rapport à l'âge d'un enfant est un indicateur de l'état de santé/nutritionnel).

INTERVENTION: Dans le domaine de la santé, activité destinée à modifier une suite d'événements de manière à produire un résultat plus désirable. Par exemple, la vaccination contre la rougeole est une intervention immunologique entre virus et hôte.

INTRANTS: Types et quantités de ressources (travail, argent, matériel, etc.) utilisés pour un programme, un projet ou une activité; parfois appelé effort.

MATRICE: Représentation mathématique ou graphique sous deux dimensions des relations entre un certain nombre de variables.

MESURE: Nombre assigné à un objet ou à un événement. Les mesures peuvent être exprimées sous forme d'unité (45 visites), de taux (10 visites/jour), de proportion (45 visites SSP/380 visites = 0,118), de pourcentage (12 pour cent des visites effectuées) ou de rapport (45 visites/4 ASC = 11,25).

MODELE: Représentation simplifiée de la réalité. En recherche opérationnelle, les modèles sont généralement graphiques (cartes, schémas, graphiques de procédé) ou mathématiques (formules, équations).

OBJECTIF DE LA SOLUTION: Enoncé des caractéristiques d'une solution acceptable, généralement exprimées en termes quantifiés; par exemple maximiser le nombre d'enfants qui peuvent être vaccinés avec un budget de programme particulier.

OBJECTIF: Effet désiré ou prévu résultant d'une activité, d'un projet ou d'un programme (par exemple accroître de 50 pour cent l'utilisation des courbes de croissance).

OPTIMISER: Exploiter un système de manière à ce que le critère du système atteigne sa valeur optimale. Par exemple, minimiser les coûts ou maximiser l'utilisation.

OPTIMUM (OPTIMAL): Valeur maximum ou la plus favorable pouvant être atteinte compte tenu des contraintes.

OPTION: Possibilité de choix entre deux ou plusieurs lignes de conduite.

ORGANISATION COMMUNAUTAIRE DES SERVICES SSP: Processus ou structures facilitant la participation de la communauté aux SSP.

PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE: Participation des membres de la communauté à la planification ou à la mise en oeuvre des activités de la communauté.

PROBLEME OPERATIONNEL: Question, problème ou mauvais fonctionnement spécifique affectant un système opérationnel en limitant la réalisation des objetifs. C'est un problème au sein du système, par opposition aux problèmes d'environnement, de santé ou autres problèmes extérieurs.

PROBLEME: (Voir problème opérationnel).

PROCEDURE: Série de tâches ou d'actions nécessaires à l'exécution d'une opération, telle qu'un examen médical.

PROCESSUS: Ensemble cohérent d'actions ou d'opérations réalisées en vue d'un but spécifique, tel qu'une session d'éducation sanitaire.

PROGRAMME: Ensemble d'activités organisées destinées à atteindre un but.

RECHERCHE OPERATIONNELLE: Application de la science à la solution de problèmes de gestion ou d'administration; processus systématique de résolution des problèmes comprenant trois phases: analyse du problème, mise au point de solutions et essai des solutions.

RESULTAT: Issue d'un programme ou d'une activité, généralement ses effets ou ses incidences, mais peut aussi comprendre ses extrants.

SOINS DE SANTE PRIMAIRES: Stratégie destinée à rendre universellement accessible à la population mondiale les services sanitaires de base.

SOUS-SYSTEME: Système compris dans un système plus vaste.

SYSTEME: Ensemble de composantes discrètes, mais interdépendantes, conçu pour réaliser une série d'objectifs.

VALEUR: Valeur estimée ou évaluée; en RO, la valeur assignée à une variable de décision, telle que le prix fixé pour les paquets de sels de SRO.

VARIABLE INDEPENDANTE: Variable utilisée pour prévoir ou expliquer d'autres variables (dépendantes) (la "cause" dans une relation de cause à effet).

VARIABLE DEPENDANTE: Variable prévue ou expliquée (l'"effet" dans une relation de cause à effet).

VARIABLE DE DECISION: Variable d'un problème de décision sur laquelle les responsables ont une possibilité d'action.

VARIABLES: Facteurs d'un problème de décision dont la valeur peut changer.