

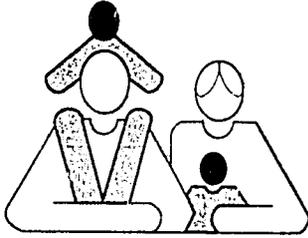
PN-ABQ-275

ROYAUME DU MAROC
MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE

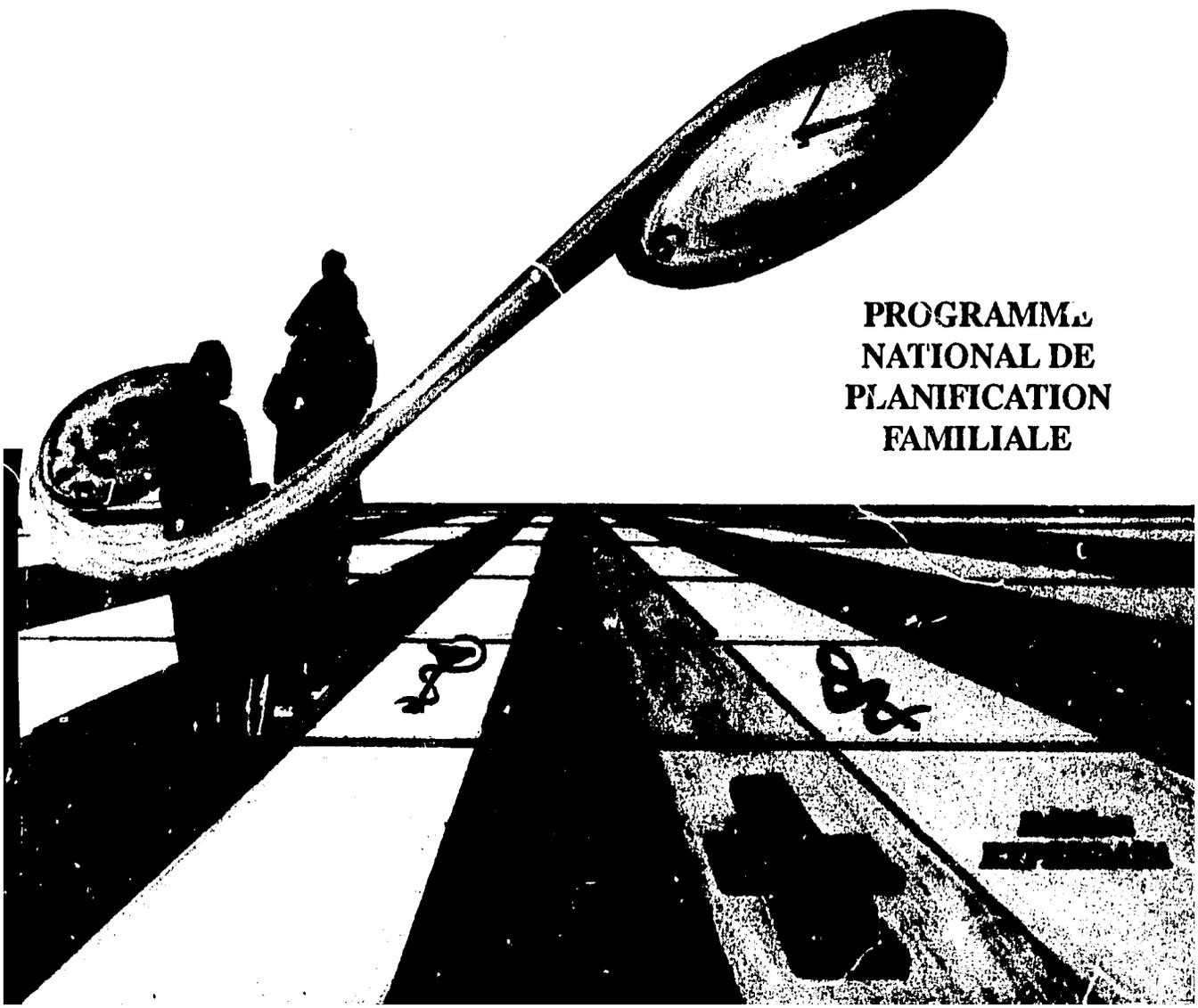
1-1

8/2/75

EVALUATION DU COUT DES SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE ET DES SOINS PRIMAIRES AU MAROC



PROGRAMME
NATIONAL DE
PLANIFICATION
FAMILIALE



L'étude présentée dans ce rapport a été effectuée en 1989 sous l'égide du Ministère de la Santé Publique et de l' U.S.A.I.D dans le cadre des OPTIONS pour les Projets de Développement des Régulations Démographiques (AID/DPE-3035-C-00-6062-00).

PN-ABQ-275

ROYAUME DU MAROC
MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE

**PROGRAMME NATIONAL
DE PLANIFICATION FAMILIALE**

**EVALUATION DU COUT DES SERVICES DE
PLANIFICATION FAMILIALE ET
DES SOINS PRIMAIRES AU MAROC**

Ce travail a été réalisé grâce
à l'appui technique de The Futures Group et
au soutien financier de l'U.S.A.I.D.

3'

SOMMAIRE

Introduction7

PREMIERE PARTIE

L'emploi du temps de travail : Méthodologie et résultats

**I. Méthodologie d'évaluation de l'emploi
du temps de travail 13**

- L'observation directe 14
- L'analyse de l'afflux des patients 15
- La feuille de présence 16
- L'enquête rétrospective 16

II. L'enquête pilote 17

III. La préparation de l'enquête 18

- . Préparation des fiches 18
- . Enregistrement et analyse des données 20
- . Sélection des formations sanitaires 20
- . Sélection du personnel d'enquête 24
- . Réunion du personnel Médical et Provincial 24
- . Formation du personnel d'enquête 25

IV. Travail sur le terrain	25
V. Résultats de l'évaluation de l'enquête sur l'emploi du temps	26
. Structure du coût du personnel dans le programme de P.F.	33
. Structure du coût dans les activités mobiles	34

DEUXIEME PARTIE

Méthodologie d'évaluation des coûts autres que les frais de personnel

I. Méthode d'évaluation des coûts autres que les frais de personnel	39
II. Biens de consommation	40
III. Biens durables	41
IV. Frais de personnel	42

TROISIEME PARTIE

Méthode et résultats d'évaluation du coût total

I. Méthodologie d'évaluation des coûts	51
. Les frais de personnel	51
. Principales dépenses annuelles	52
. Les coûts indirects	54
. Les coûts directs	55
II. Résultats de l'évaluation du coût	55
. Le coût total	56
. Les coûts indirects	59
. Les dépenses administratives	60
. La part des frais de personnel dans le coût total	62
. Les frais variables et les frais fixes	63
. Le coût total par catégorie de service	65
Annexe A	79
. Définition	81
. Liste des activités retenues pour l'étude du coût	83
. Codes des établissements	87

Annexe B 89

- . Guide de l'enquêteur 91
- . Rappel des tâches des superviseurs 96

Annexe C 99

- . Fiche de recensement du personnel permanent de l'établissement 101
- . Fiche d'observation directe 102
- . Fiche P.F.A. 103
- . Fiche d'auto-évaluation des activités mobiles 104
- . Récapitulatif quotidien des heures de travail 106
- . Fiche de travail:
 - Collecte de statistiques de services 107
 - Collecte des données financières 108
 - * Liste d'équipement médical et matériel technique durables 109
 - * Liste de matériel de bureau durable 113
 - * Produits et fournitures techniques consommées (par programme) 114
 - * Liste de fournitures de bureau (fongibles) consommées 116
 - * Liste de matériel médical (fongible) 117
 - * Liste de moyens de mobilité 118
 - * Liste de médicaments et fournitures médicales (non programmés) consommés 120
 - * Produits d'hygiène consommés 124

* Liste du personnel	125
* Bâtiments et terrains	126
* Services publics consommés	127
* Liste des prix des moyens de mobilité . .	128
* Produits et matériels techniques consommés (par programme)	129
* Produits et matériels techniques du programme de PF/SMI	130
Programme de la préparation de l'étude	131
Bibliographie	133

INTRODUCTION

Cette étude a pour but de décrire la méthodologie et les résultats de "l'évaluation du coût des prestations de planification familiale et de soins primaires dans les services de soins ambulatoires du Ministère de la Santé Publique (MSP) au Maroc".

Elle a été réalisée durant la période allant du 19 Février au 16 Mars 1990. Elle a touché 18 établissements de santé ambulatoire appartenant aux provinces d'Agadir, Kénitra et Ben Slimane.

L'objectif attendu des données de cette étude est de réunir les informations qui permettent de :

1) Rentabiliser d'avantage les moyens mis à la disposition des services de planification familiale,

2) Prévoir les besoins en moyens humains et matériels nécessaires à l'extension des services de planification familiale,

Cette étude se propose également d'identifier la méthode la plus adéquate pour permettre sa réalisation sur une échelle plus grande et à différentes périodes de l'année afin de contrôler les variations saisonnières.

Dans chacune des trois provinces échantillons, les formations sanitaires suivantes ont été choisies:

- Centres de santé urbains et ruraux ;
- Dispensaires urbains et ruraux ;
- Centres de référence de planification familiale ;
- Dispensaires ruraux de base.

Les hôpitaux ruraux n'ont pas été inclus dans l'étude. Les bureaux provinciaux, qui dirigent et administrent les systèmes hospitaliers et ambulatoires dans chaque province ont, par contre, été concernés par l'enquête.

L'échantillon retenu lors de l'étude ne saurait prétendre à une représentativité au niveau national. Car le champ de l'enquête était limité et les provinces ainsi que les établissements sanitaires n'ont pas été sélectionnés au hasard.

Bien que l'objectif principal de cette étude soit la planification familiale, il a été jugé utile d'étendre l'investigation sur le coût des soins curatifs, à certains programmes de soins préventifs et aux services de santé maternelle et infantile (S.M.I).

L'étude s'est largement inspirée de travaux antérieurs, telle la méthode proposée pour l'évaluation des coûts dans le système de santé ambulatoire au Maroc (Roquin, 1988) ainsi que des tentatives antérieures appuyées par l'U.S.A.I.D (par exemple, le projet REACH, Octobre 1987).

La méthodologie de la présente étude diffère de celle de "Roquin" et du "Projet REACH". En effet elle a pour objectif d'évaluer le coût des programmes du Ministère de la Santé Publique.

Aucune tentative n'est faite dans cette étude pour isoler ou même identifier les coûts supportés par les donateurs étrangers ou les gouvernements hôtes. D'ailleurs il n'est fait référence qu'aux coûts supportés au niveau provincial.

En effet, ne sont inclus dans les évaluations reportées dans cette étude ni les frais administratifs centraux, ni les dépenses faites au niveau central en ce qui concerne d'importantes activités telles que l'information, l'éducation, la communication (IEC), la formation, la collecte des données, la programmation, la recherche et l'évaluation.

Le présent rapport est composé des quatre parties suivantes :

1 - Emploi du temps : méthodologie et résultats;

2 - Méthode d'évaluation des coûts, autres que les frais de personnel;

3 - Méthode et résultat d'évaluation du coût total;

4 - Conclusion.

PREMIERE PARTIE

L'EMPLOI DU TEMPS DE TRAVAIL METHODOLOGIE ET RESULTATS

I. Méthodologie d'évaluation de l'emploi du temps de travail

Au Maroc, les services de planification familiale du Ministère de la Santé Publique (MSP) sont utilisés par 80 % des usagers. Tous les centres médicaux ambulatoires du MSP fournissent des contraceptifs oraux et des préservatifs, tandis que plusieurs centres fournissent également des Dispositifs Intra-Utérins (DIU).

L'insertion des D.I.U est faite dans les hôpitaux urbains et les maternités (c'est-à-dire en dehors du système ambulatoire). Dans ces installations fixes, les services de planification familiale sont normalement fournis par les cellules de protection de la santé de la mère et de l'enfant (S.M.I).

Certains clients sont également desservis par des infirmiers itinérants (exemple, le programme de visites à domicile de motivation systématiques VDMS) ou par des équipes médicales mobiles.

En dehors des établissements médicaux polyvalents, il existe des centres de référence pour la planification familiale qui offrent des services de planification familiale. Ceux-ci sont, en général, situés dans les chef-lieux de provinces et leur personnel est composé d'infirmiers et d'un ou plusieurs gynécologues obstétriciens. Ces centres de référence pour la planification familiale fournissent parfois des prestations complètes (préventives et curatives).

Afin de pouvoir évaluer les frais de personnel, engagés dans la planification familiale, il est nécessaire de déterminer la partie du temps que chaque agent de santé lui consacre.

Cette enquête sur l'utilisation du temps de travail est réalisée à titre pilote. Elle sert à identifier l'approche la plus économique pour obtenir des renseignements sur la répartition du temps de travail du personnel médical entre les divers programmes de santé publique. Il serait souhaitable de la généraliser dans le futur à l'ensemble du Maroc et que le Ministère de la Santé Publique puisse trouver les moyens pour sa réalisation.

La décision de mener une enquête sur l'emploi du temps a été prise pour les raisons suivantes :

- Les frais de personnel représentent une part importante du coût total et, par conséquent, il était important de les estimer d'une façon aussi précise que possible.
- Le temps de travail du personnel médical est réparti sur diverses activités.
- Les enquêtes préliminaires ont montré que les employés ne pouvaient faire une évaluation très précise de la répartition de leur propre travail sur les différents programmes.

Par ailleurs on avait tendance à ne pas compter le temps écoulé dans l'attente de l'arrivée d'un nouveau patient et dans d'autres activités qualifiées de non-productives. Or, il est important de connaître l'étendue de la sous-utilisation des ressources humaines.

En consultant d'abord ce qui avait été publié sur le sujet, on a abouti à l'établissement de plusieurs méthodes de collecte de données sur l'emploi du temps de travail. Elles comprennent :

- l'observation directe;
- l'analyse de flux de patients (AFP);
- la feuille de présence;
- l'enquête rétrospective.

1.1. L'observation directe :

Cette technique comprend l'emploi d'observateurs soigneusement formés pour observer et noter les activités d'un ou plusieurs agents de santé durant une session clinique. La technique varie selon qu'on recense les activités ou seulement un échantillon des activités à des intervalles réguliers (par exemple, des observations à 2 minutes d'intervalle).

L'avantage de ce recensement est de réduire la marge d'erreur. Les inconvénients se situent au niveau de son prix élevé car on désigne normalement un observateur par employé médical, ce qui introduit un risque de distorsion des résultats si l'observateur développe des liens d'amitié avec le membre du personnel qu'il est censé observer.

En pratique, ces méthodes de recensement ne sont valables que si les observateurs passent des périodes relativement courtes avec chaque membre du personnel médical. Cela présentait certains problèmes dans le cadre de cette étude à cause des variations significatives qui caractérisent parfois, les activités du personnel médical.

Pour cette raison on a utilisé la méthode qui consiste à faire des observations directes à des intervalles fixes, où chaque observateur circule dans les locaux, observe et prend des notes sur les activités du personnel médical à certains moments.

Cette méthode ne s'est avérée pratique que dans les activités fixes. Dans le cas des activités mobiles, il aurait fallu avoir recours à un recensement, car les observateurs ne pouvaient pas suivre les agents pendant leur déplacement, cela aurait coûté trop cher et aurait probablement induit des informations erronées. Pour cela des fiches horaires ont été utilisées pour les activités mobiles (voir annexes).

1.2.L'analyse de flux des patients (AFP) :

Cette technique a largement été utilisée ces dernières années par les Centres for Disease Control d'Atlanta (centre de contrôle des maladies). On remet à chaque patient, dès son arrivée, une fiche sur laquelle l'agent de santé inscrit les renseignements suivants :

- Le numéro d'identification de l'agent de santé;
- L'heure et la date du début de l'activité;
- L'heure et la date à laquelle elle a été terminée;
- Un code déterminant le type d'activité effectuée.

Le patient garde cette fiche avec lui durant son passage à la formation sanitaire et la laisse à l'agent de santé avant son départ.

Cette technique (FPA) présente de nombreux avantages par rapport à l'observation directe. D'abord, elle fournit un recensement de toutes les activités de soins médicaux effectuées sans avoir recours à un observateur. Cela réduit les coûts ainsi que les erreurs résultant de la modification du comportement due à la présence d'un observateur lors du déroulement de la prestation sanitaire.

Les principaux inconvénients de cette technique ont trait au fait qu'elle produit une énorme quantité de données et ne renseigne pas sur le temps que le personnel passe à attendre les patients ou à s'occuper de tâches administratives.

La méthode n'est également pas applicable à la collecte des données sur l'emploi du temps dans les activités mobiles.

1.3. La feuille de présence :

Avec cette méthode, le personnel note ses propres activités, y compris l'heure et la date du début et de la fin de chacune d'elles. Cette démarche est évidemment la moins onéreuse et s'avère pratique à la fois dans les activités fixes et mobiles.

Ses principaux inconvénients tiennent au fait que le personnel doit être soigneusement formé pour qu'il puisse identifier et coder correctement les activités appropriées. C'est également gênant pour l'agent de santé d'avoir à remplir ces fiches quand il est occupé. De plus, la méthode est exposée au même risque de renseignements erronés ou volontairement faussés, car elle n'implique pas la présence d'un observateur extérieur désintéressé.

1.4. L'enquête rétrospective :

Dans cette approche, on remplit un questionnaire auprès du personnel médical ou auprès de leurs supérieurs afin d'obtenir des renseignements sur la répartition de leur temps entre diverses activités.

Cette technique a déjà été utilisée au Maroc pour évaluer les frais de personnel (EXPERDATA, 1988) et s'avère intéressante. L'expérience montre que cette méthode est plus efficace quand les employés sont "interviewés" à la fin d'une séance ou matinée clinique donnée, plutôt que de leur demander de se rappeler leurs activités sur une période de plusieurs jours.

Son avantage principal est qu'elle est peu coûteuse. Comparée avec l'usage de feuilles de présence, elle permet aux observateurs de clarifier les concepts et de réduire ainsi le besoin de formation des employés para-médicaux. Ses principaux inconvénients sont l'impossibilité de collecter des données détaillées pour toute une gamme d'activités et le manque de précision concernant les informations recueillies.

II. Enquête pilote

Les quatre méthodes décrites ci-dessus ont été utilisées au cours d'un pré-test approfondi effectué dans quatre établissements de la province de Khémisset. Ils comprenaient un centre médical urbain et rural, un dispensaire rural, un centre de référence de planification familiale, une unité médicale mobile et plusieurs agents itinérants. Le pré-test a mené aux conclusions suivantes:

- 1) Il est pratique de réaliser des observations directes à intervalles réguliers (cela n'a pas posé beaucoup de problèmes);
- 2) L'analyse de flux des patients était réalisable mais a produit une quantité considérable énorme de données;
- 3) L'usage des feuilles de présence s'est avéré pratique, surtout pour les activités mobiles. Elles étaient également nécessaires pour le personnel qui devaient enregistrer des heures supplémentaires de travail;
- 4) Les données de l'enquête rétrospective ressemblaient peu à celles de l'observation directe ou de l'analyse de flux des patients. Ces données étaient incomplètes en ce qui concerne les activités non-productives, telles que les temps d'attente et le temps de travail personnel. Les agents para-médicaux avaient des difficultés sérieuses à comprendre la procédure de répartition du temps.

A la suite du pré-test, on a conclu qu'il n'existait pas de méthode unique applicable à la fois aux activités fixes et mobiles. Mais plutôt, on utiliserait l'observation directe dans les formations fixes et les feuilles de présence dans les activités mobiles.

Comme le but de l'étude est avant tout méthodologique, il a été décidé de limiter l'emploi des analyses de flux des patients (AFP) aux formations fixes et surtout pour vérifier l'exactitude des données de l'observation directe. Le sujet primordial de l'étude étant la planification familiale, l'emploi des AFP a été limité à la planification familiale et aux soins pré et post-natals.

III. Préparation de l'enquête

A la suite du pré-test, les préparations de l'enquête-pilote pour les trois provinces ont été effectuées. Ces préliminaires comprenaient :

- la préparation des fiches à utiliser pour l'enquête et une liste des activités à coder;
- le développement de méthodes d'analyse des données;
- la sélection des provinces et des formations sanitaires;
- le recrutement des enquêteurs et des contrôleurs;
- l'organisation des réunions préparatoires avec le personnel de santé dans les formations choisies;
- la formation des contrôleurs et des enquêteurs.

III.1. Préparation des fiches :

La partie la plus difficile de cette tâche a été d'arriver à un accord concernant la liste des activités apparaissant dans l'enquête. Le personnel du MSP désirait une liste aussi détaillée que possible pour des raisons d'organisation, tandis que le succès de l'enquête dépendait en grande partie de la limitation des détails pour des raisons de facilité d'utilisation. La liste finale de cinquante-deux activités retenues a été le résultat de plusieurs compromis (*voir annexe A*).

On a décidé par exemple de ne pas différencier entre les sous-catégories des tâches pour la plupart des programmes, à l'exception de la planification familiale et des soins pré et post natus.

Ces deux programmes où on a relevé des données d'AFP et pour lesquels une liste plus détaillée a été utilisée.

La liste finale des activités étudiées reflète la manière avec laquelle les statistiques des services sont conservées dans les formations du MSP. A titre d'exemple, les consultations sont définies en tant qu'examen effectués par des médecins ou par le personnel para-médical dans les petits établissements. Egalement les consultations étaient distinguées en fonction du type de patients (homme, femme, enfant), plutôt qu'en fonction du diagnostic, car ce sont les seuls renseignements qui sont régulièrement pris.

Des fiches séparées pour chacune des trois méthodes utilisées dans l'enquête, ont été élaborées (l'Observation Directe, l'AFP, et les Feuilles de Présence). Une liste abrégée des activités et de leurs codes a été dressée sur chacune des trois fiches de renseignements afin de faciliter le travail des enquêteurs. D'autres fiches ont été conçues en vue de :

1) Recenser le personnel travaillant dans chaque établissement. Cela permet de donner à chaque agent médical un numéro d'identification unique qu'il utilisera sur les fiches;

2) Lier les renseignements concernant les fiches d'AFP au moment de leur arrivée;

3) Comparer les renseignements provenant de plusieurs fiches et concernant la durée pendant laquelle chaque membre du personnel a été observé au cours de son travail dans une activité fixe, avec la durée de travail reportée par l'employé sur sa feuille de présence lorsqu'il travaillait en dehors de la formation sanitaire.

La différence entre les heures de travail régulier et la somme des heures de travail que l'on comptait dans les fiches horaires était considérée comme des absences inexpliquées.

III.2. Enregistrement et analyse des données :

La saisie des données a été faite à l'aide de programmes écrits sous Dbase III et préalablement testés.

D'autres programmes ont été développés pour convertir les données provenant des fiches où elles étaient reportées au format requis pour l'analyse (par exemple, classification des fréquences observées - Observations directes - ou intervalles de temps - AFP -, feuille de présence par établissement, employé et établissement). Ces programmes ont également été testés avec les données relevées lors de la formation.

III.3. Sélection des formations sanitaires :

Le choix des huit formations sanitaires faisant partie de l'échantillon n'a pas été établi au hasard. Bien qu'il aurait été préférable d'effectuer une pure sélection aléatoire, les contraintes relatives aux ressources n'ont pas permis cela. Des problèmes logistiques considérables auraient surgi si on avait essayé de conduire l'enquête sur plus de trois programmes sanitaires. De plus, il fallait considérer les besoins de collecte de données sur le coût dans les bureaux provinciaux, afin d'évaluer les frais administratifs. Si cela avait été fait dans plusieurs provinces différentes, le coût aurait été prohibitif.

La première phase de la procédure comprenait la sélection des provinces où l'étude serait conduite. Les trois provinces choisies reflètent plusieurs étapes de développement dans l'infrastructure médicale. Dans la sélection, Agadir présentait clairement l'état de développement le plus avancé, ayant bénéficié d'un projet de la Banque Mondiale (Soins Santé de Base) créé pour renforcer le réseau de santé ambulatoire. Par contre, Ben Slimane est une province relativement jeune avec une infrastructure médicale minimale. Bien que Kénitra ait une infrastructure médicale quelque peu développée du point de vue national, elle demeure moins avancée que celle d'Agadir.

Pour chaque province, une formation sanitaire appartenant à chacune des catégories ci-après de la hiérarchie des soins ambulatoires a été sélectionnée. Seuls les hôpitaux ruraux ont été exclus de l'enquête :

III.3.1. Centres de Santé Urbains (CSU)

Les centres de santé urbains offrent une vaste gamme de services et emploient généralement 15 à 20 agents, dont 2 à 4 médecins. Ces centres comprennent des services de santé maternelle et infantile, avec 3 à 4 infirmiers/ères, où les stérilets sont généralement disponibles. Ils n'offrent généralement pas de services de santé maternelle et infantile ni de planification familiale sous forme de visites à domicile.

III.3.2. Les Dispensaires Urbains (DU)

Les dispensaires urbains disposent normalement de 10 à 15 employés, y compris un ou plusieurs médecins. Ils ont des services séparés de santé maternelle et infantile où les stérilets sont généralement disponibles. Les dispensaires urbains ne comprennent plus désormais de services de santé maternelle et infantile et de la planification familiale sous forme de visites à domicile.

III.3.3. Centres de Référence de Planification Familiale (CRPF)

Les centres de référence de planification familiale offrent des services de planification familiale et emploient en général 3 à 5 infirmiers/ères et un ou plusieurs obstétriciens/gynécologues à temps partiel. Ces services offrent aussi une formation en planification familiale aux infirmiers/ères.

III.3.4. Centres de Santé Ruraux (CSR)

Les services de santé ruraux disposent de 10 à 15 employés, y compris un ou plusieurs médecins et une section de santé maternelle et infantile où les stérilets sont généralement disponibles. Quelques centres de santé ruraux possèdent un nombre limité de lits, servant principalement à l'accouchement. Ils offrent parfois des services de santé maternelle et infantile et de planification familiale sous forme de visites à domicile.

III.3.5. Les Dispensaires Ruraux (DR)

Les dispensaires ruraux emploient 2 à 5 agents, infirmiers(ères) ou autre personnel. Une ou plusieurs infirmières sont chargées des services de santé maternelle et infantile et de planification familiale sous forme de visites à domicile (ex:agents VDMS).

III.3.6. Dispensaires Ruraux de Base (DRB)

Les dispensaires ruraux de base sont les établissements les plus modestes du système de santé ambulatoire. Ils emploient un(e) ou deux infirmiers(ères) qui travaillent à la fois à la formation sanitaire et dans les services de visites à domicile. Normalement, il n'y a pas de section de santé maternelle et infantile, et toutes les infirmières répartissent leur temps de travail entre la planification familiale, les services de SMI, les services de santé préventive et les soins curatifs.

La seconde étape dans la préparation de l'enquête consistait en le choix des formations sanitaires au sein des provinces. La sélection a été faite par les services provinciaux de la santé publique, en collaboration avec le personnel du projet et le personnel du MSP. Les considérations logistiques étaient très importantes. Comme la possibilité de logement pour les observatrices et l'accessibilité des lieux d'enquête.

Par conséquent, il est difficile d'exclure ce genre de frais, en particulier au cours de la seconde étape de sélection. Il est donc dangereux de généraliser les résultats obtenus dans cette enquête au niveau provincial ou national.

Un problème supplémentaire a surgi dans la province de Ben Slimane où il n'y avait pas de centre de référence de planification familiale. Le centre de la province de Salé y a été inclus en remplacement. Quelques caractéristiques relatives aux établissements choisis sont présentées ci-après :

Tableau n°1

**CARACTÉRISTIQUES DU PERSONNEL DES
ÉTABLISSEMENTS ENQUÊTÉS**

	Médecins	Infirmiers	Autres	Total
KENITRA				
CSU Mohammed Diouri	3	14	2	19
DU El Khansaa	1	9	2	12
CRPF Hopital El Idrissi	0*	3	0	3
CSR Sidi Allal Tazi	1	7	0	8
Dr Souk Tlat	0	4	0	4
DRB MGADID	0	2	0	2
BEN SLIMANE				
CSU P.A.M.	4	13	0	17
DU Ben Slimane	2	8	1	11
CRPF Bettame (salé)	0*	3	1	4
CSR Bouznika	3	11	3	17
DR fixes Tlet Ziaida	0	4	0	4
DRB El Mansouria	0	1	0	1
AGADIR				
CSU Inezgane	2	12	1	15
DU Quartier Industriel	0	10	0	10
CRPF Agadir	0*	4	1	5
CSR Biougra	2	11	1	14
DR Ait Amira	0	4	0	4
DRB Imzilene	0	1	0	1

* ne dispose que de gynécologues à mi-temps

III.4. Sélection du personnel d'enquête :

Au moment de sélectionner le personnel d'enquête, la difficulté principale a été de choisir entre le personnel du MSP ayant une formation médicale (ex: les infirmiers expérimentés) et les employés du MSP ayant travaillé dans les enquêtes médicales. Bien que l'expérience antérieure dans les enquêtes soit généralement un atout des plus précieux, la nature de cette étude demandait un certain degré de perfectionnement médical et de connaissance pratiques de médecine ambulatoire, en particulier pour ce qui est de l'exécution de la méthode d'Observation Directe.

Finalement, on a sélectionné un groupe comprenant les deux types d'observateurs (50 pour cent d'infirmiers/ères et 50 pour cent de statisticiens). On s'est efforcé de créer des équipes de deux observateurs ou plus, représentant les deux catégories. Tous les contrôleurs étaient des statisticiens médicaux ayant une grande habitude des enquêtes.

En plus de l'expérience technique du personnel d'enquête, le sexe des personnes était aussi une caractéristique à prendre en considération. Il était nécessaire d'avoir une observatrice au moins par service de SMI, à la fois pour exécuter la méthode d'Observation Directe et pour diriger la méthode d'AFP. Six des quinze observateurs sélectionnés étaient des femmes, ainsi qu'une parmi les trois contrôleurs.

Les observateurs ont été affectés à des sites en fonction de la taille du personnel de l'établissement. Certains centres de santé, plus grands que les autres, ont reçu trois observateurs, tandis que les plus petits n'en ont reçu qu'un. Chaque contrôleur avait la responsabilité de deux formations sanitaires et le contrôleur était responsable des activités des centres de référence de planification familiale.

III.5. Réunion avec le Personnel Médical Provincial

Les membres de l'équipe d'encadrement ont rendu visite au moins une fois à la délégation médicale provinciale. Au cours de ces premières réunions provinciales, ils ont expliqué les objectifs de l'enquête, ont aidé à sélectionner les formations sanitaires et ont effectué des visites dans chaque établissement pour expliquer le but de l'enquête et les procédures à suivre.

En même temps, une réunion a été organisée au bureau de santé provincial pour le dimanche après-midi précédant le début de l'enquête dans chaque province. Le but de cette réunion était d'expliquer les fiches détaillées et les procédures de l'enquête aux employés para-médicaux de toutes les formations sanitaires faisant partie de l'enquête.

III.6. Formation du personnel d'enquête :

Les supports de formation ont été préparés, y compris des guides séparés pour les contrôleurs et les observateurs. On a consacré une première session aux contrôleurs au cours de l'après-midi précédant l'atelier de trois jours.

La formation était principalement dirigée par l'investigateur en chef, et comprenait une journée de travail sur place dans trois formations différentes de la province de Salé. Les participants ont également évalué et discuté les problèmes rencontrés.

IV. Travail sur le terrain

Le travail sur le terrain a eu lieu du 19 février au 16 mars 1990. L'équipe de l'enquête a passé une semaine dans chaque province, avec un ou plusieurs observateur(s) installé(s) dans chaque formation sanitaire durant toute la semaine. L'équipe a enquêté sur Kénitra, puis a eu une semaine de congé durant la fête de Trône, et a ensuite continué sur Ben Slimane et enfin, la semaine suivante, sur Agadir.

Trois observateurs du MSP et un membre du personnel du bureau d'études, étaient présents dans chaque province durant l'enquête. Chaque jour, les contrôleurs vérifiaient les données recueillies et apportaient des corrections. A la fin de chaque semaine, les données étaient transmises à Rabat pour la saisie.

V. Résultats de l'évaluation de l'enquête sur l'emploi du temps

Les résultats de l'enquête sur l'emploi du temps de travail pour chaque catégorie d'établissement sont présentés dans les tableaux n° 2 et 3. Les données de ces tableaux apparaissent sous forme de pourcentages exprimant la répartition du coût de travail observé sur les cinquante-deux activités recensées.

Les données sur le coût du travail ont été obtenues pour chaque formation sanitaire en rapportant le temps de travail horaire au salaire horaire de chaque employé.

Comme nous l'indiquons ci-dessous, les renseignements concernant le salaire ont été obtenus auprès du Ministère des Finances. Le tableau n° 2 fait référence à la distribution du coût du travail pour les activités effectuées dans les établissements fixes, tandis que le tableau n° 3 présente les données correspondantes pour les activités mobiles telles que les services de visite à domicile, ou tout travail effectué en dehors des heures régulières.

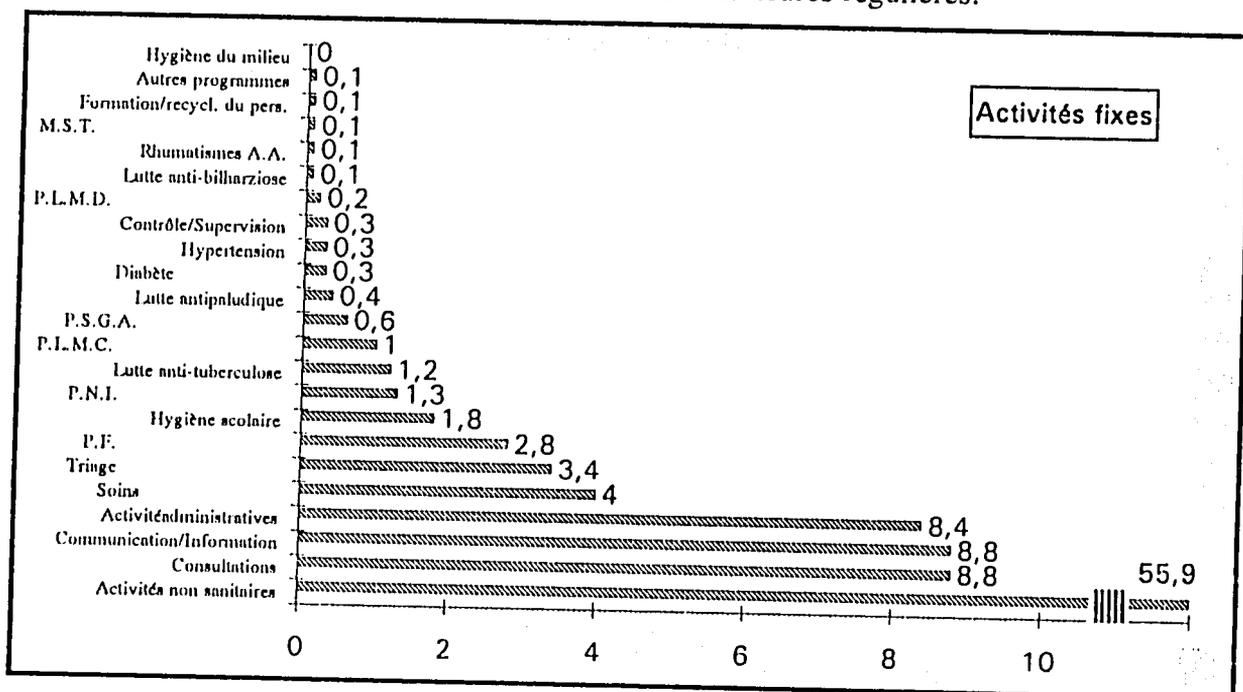


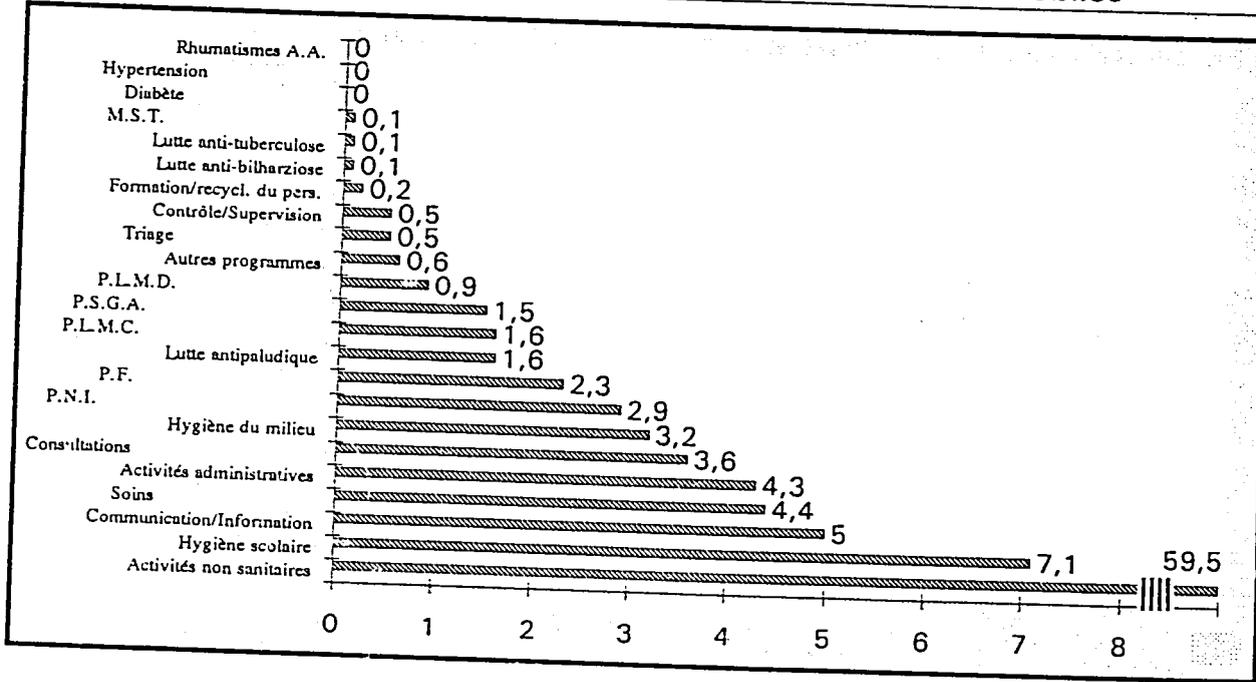
Tableau n° 2

Distribution du coût du travail pour les activités fixes							
(En pourcentage)							
	CSU	DU	CRPF	CSR	DR	DRB	TOTAL
Consultations	15,3	4,6	0	7,6	0,2	0	8,8
Soins	5	3,4	0	3,2	8	9,7	4
Hygiène du milieu	0	0	0	0	0,1	0	0
Hygiène scolaire	4,4	0,3	0	0,7	0,2	0,2	1,8
Lutte antipaludique	0,3	0,1	0	0,6	1,1	1,7	0,4
Lutte anti-bilharziose	0	0,1	0	0,1	0	0	0,1
Lutte anti-tuberculose	1	1	0	1,7	1,7	1,1	1,2
Diabète	0,2	0,5	0	0,4	0,3	0,8	0,3
Hypertension	0,4	0,4	0	0,2	0,1	0,4	0,3
Rhumatismes A.A.	0	0	0	0,2	0	0,2	0,1
M.S.T.	0,1	0,1	0	0,1	0	0,1	0,1
P.N.I.	2	1,8	0	0,4	1,2	2,2	1,3
P.L.M.D.	0,1	0,3	0	0,2	0,2	0	0,2
P.L.M.C.	0,6	0,7	0	1,9	0,9	0	1
P.F.	1,6	1,9	14,2	2,4	3	2,7	2,8
P.S.G.A.	0,4	2,1	0,1	1,9	1,6	1,9	0,6
Triage	2,2	2,2	0	6,6	2,3	0,9	3,4
Activités administratives	8,5	6,2	15,8	8,8	6	5,1	8,4
Contrôle/Supervision	0,3	0,1	0,1	0,5	0	0	0,3
Communication/Information	10,7	7,1	16,4	6,5	7,3	4	8,8
Formation/recycl. du pers.	0,1	0,1	0,2	0	0,6	0,6	0,1
Activités non sanitaires	46,8	66,8	53,2	56	65,2	68,4	55,9
Autres programmes	0	0,2	0	0	0	0	0,1
Total	100	100	100	100	100	100	100

Tableau n°3

Distribution du coût du travail pour les activités mobiles							
(En pourcentage)							
	CSU	DU	CRPF	CSR	DR	DRB	TOTAL
Consultations	4,1	0	0	4,9	0,3	0	3,6
Soins	1,4	17,3	0	5,7	2,7	3,1	4,4
Hygiène du milieu	0,1	0	0	6,3	5,2	0	3,2
Hygiène scolaire	10,3	9	0	5,7	1,5	0,9	7,1
Lutte antipaludique	0	0,7	0	2,1	4,7	8	1,6
Lutte anti-bilharziose	0	0	0	0	1	0	0,1
Lutte anti-tuberculose	0	0	0	0,2	0,6	0	0,1
Diabète	0	0	0	0	0	0	0
Hypertension	0	0	0	0	0	0	0
Rhumatismes A.A.	0	0	0	0	0	0	0
M.S.T.	0	0	0	0,2	0	0	0,1
P.N.I.	1,3	3,7	0	3,9	4,8	0,6	2,9
P.L.M.D.	0,3	0	0	0,8	3,8	1,9	0,9
P.L.M.C.	0,6	0	0	1,8	5,6	3,4	1,6
P.F.	0,3	0,2	0	1,4	12,6	6	2,3
P.S.G.A.	0,4	3,8	0	1,6	3,7	3,3	1,5
Triage	0,5	0	0	1	0,5	0,4	0,5
Activités administratives	7,2	1,3	0	2,3	3,2	9,2	4,3
Contrôle/Supervision	1,2	0	0	0,1	0	0	0,5
Communication/Information	3,2	1,4	42	7,2	4,1	1,3	5
Formation/recycl. du pers.	0	0	0	0,4	0	0	0,2
Activités non sanitaires	67,3	62,6	58	54,1	45,3	61,9	59,5
Autres programmes	1,2	0	0	0,3	0,4	0	0,6
Total	100	100	100	100	100	100	100

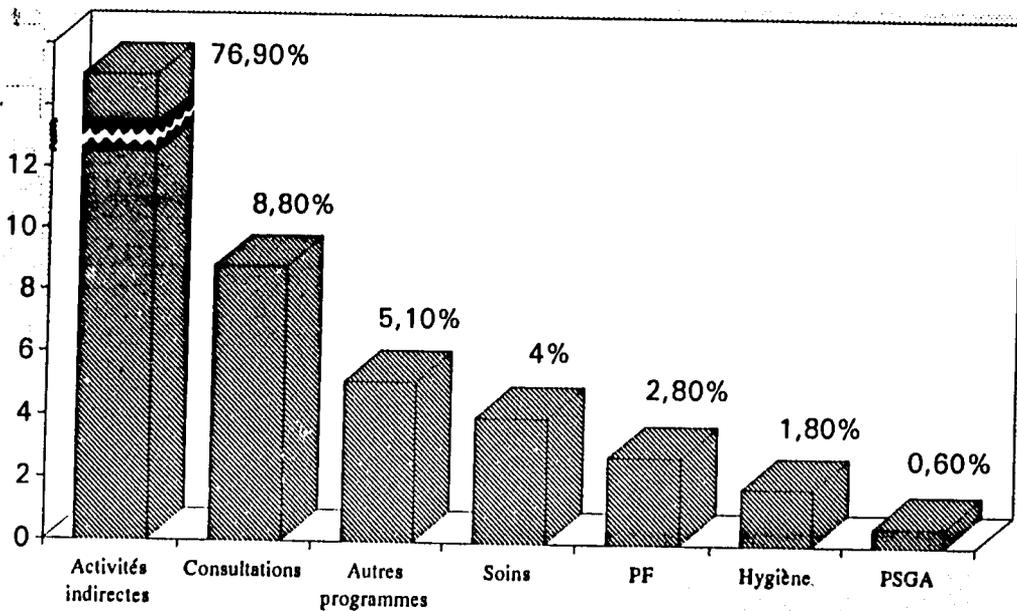
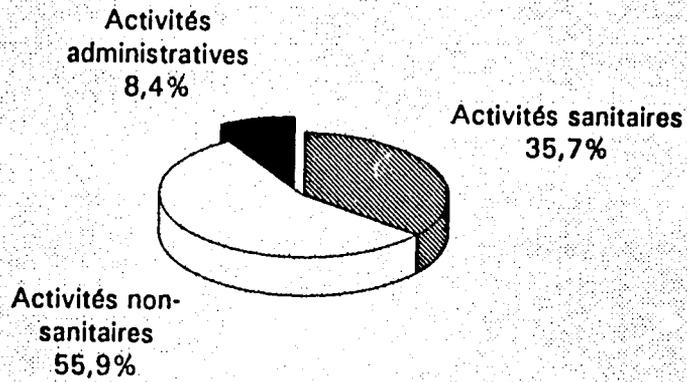
Distribution du coût du travail pour les activités mobiles



STRUCTURE DU COÛT DU PERSONNEL		
	Activités fixes	Activités mobiles
Activités sanitaires	35,7 %	36,2 %
Activités non-sanitaires	55,9 %	59,5 %
Activités administratives	8,4 %	4,3 %
Total	100 %	100 %

STRUCTURE DU COÛT DU PERSONNEL		
	Activités fixes	Activités mobiles
Consultations	8,8 %	3,6 %
Soins	4 %	4,4 %
Hygiène	1,8 %	10,3 %
Activités indirectes	76,9 %	70 %
P.F.	2,8 %	2,3 %
P.S.G.A.	0,6 %	1,5 %
Autres programmes	5,1 %	7,9 %
Total	100 %	100 %

STRUCTURE DU COUT DU PERSONNEL DANS LES ACTIVITES FIXES



Ce qui frappe le plus, quand on regarde les données des tableaux 2 et 3, c'est la proportion élevée du coût du personnel qui appartient aux activités indirectes telles que la "Réception/triage" et les "Autres Activités Indirectes". Ces activités ne comprennent pas les contacts avec les patients et ne sont pas liées à un programme particulier.

Les activités indirectes représentent 76,6 % du coût total du personnel dans les formations fixes et 69,7 % du coût de travail dans les activités mobiles.

Dans les établissements fixes, les activités non-productives (ex: le temps d'attente, les affaires personnelles et les absences) représentent 46,2 % du coût total du personnel, contre 29,7 % pour les activités mobiles. Dans le cas de ces dernières, les déplacements représentent 23,2 % du coût du personnel.

Les données du tableau n° 2 montrent les frais considérables attribués au temps d'attente et aux activités indirectes. Cela laisse à penser, en retour, que les installations sont sous-utilisées pour les raisons suivantes :

- 1) Dans le cas des dispensaires ruraux et des dispensaires ruraux de base, la population est trop dispersée pour que l'on puisse faire un usage efficace des formations sanitaires;
- 2) Une pénurie constante de matériel médical et de médicaments décourage la demande sociale en matière de santé;
- 3) Le recours aux formations sanitaires est fortement concentré le matin et en fin d'après-midi et/ou les jours de Souk.

Les soins curatifs (ex: les consultations médicales et para-médicales et les traitements) représentent la partie la plus importante des frais de personnel au sein des formations fixes : 12,8 % du coût total, ou 54,7 % du coût direct de travail pour les formations fixes.

STRUCTURE DU COUT DU PERSONNEL DANS LE PROGRAMME DE PLANIFICATION FAMILIALE

La proportion des ressources relatives à la planification familiale se place au second rang : près de 3 % des frais de personnel des établissements fixes (12 % de tous les frais de travail directs de toutes les activités fixes).

En planification familiale, les activités particulières de sensibilisation et de suivi, telles que les consultations, l'information, l'éducation et la communication ainsi que la mise à jour des registres représentent plus de 60 % du coût total direct du travail.

Tous les services de SMI, y compris la planification familiale, représentent 6,5 % du coût direct du travail fixe. Les activités directement identifiables comme étant réservées aux femmes et aux enfants et comprenant les soins curatifs et préventifs (27,8 % du coût direct du travail fixe) représentent 17,6 % du coût direct du travail dans les formations fixes. Cette proportion, qui est déjà plus élevée que la proportion des femmes et des enfants (de 0 à 14 ans) dans la population totale (70 %), serait certainement encore plus élevée si l'on pouvait identifier la part destinée aux femmes et aux enfants dans les autres programmes comme la tuberculose, le paludisme, le diabète et l'hypertension).

Dans les dispensaires ruraux et les dispensaires ruraux de base, où les visites à domicile sont plus développées (programme VDMS), les services de planification familiale seuls représentent 12,6 % (DR) et 6 % (DRB) de tous les frais relatifs au travail mobile (soit 27 et 22,1 % des frais de travail directs); tandis que les services de SMI représentent 30,5 % et 14,9 % de tout le travail mobile (soit 65,4 et 58,8 % des frais de travail directs).

STRUCTURE DU COUT DANS LES ACTIVITES MOBILES

Dans le cas des activités mobiles (tableau n° 3), les soins curatifs représentent une moindre part (8 %) du coût total du travail (26,4 % du coût direct du travail). Les secondes activités mobiles les plus importantes sont l'hygiène scolaire (7,1 % du coût total du travail), l'hygiène du milieu (3,2 %), l'immunisation (2,9 %) et la planification familiale (2,3 %).

Tous les programmes de SMI (y compris la planification familiale) absorbent 9,2 % du coût total du travail mobile (30,4 % du coût du travail mobile direct), tandis que les services pour les femmes et les enfants absorbent 20,6 % du coût total du travail mobile (ou 68 % du coût direct du travail mobile).

Comme les données de l'analyse de flux des patients et de l'Observation Directe ont été collectées pour les services de planification familiale et les services pré et post-natals, il est possible de comparer les données collectées en utilisant ces deux techniques.

Le tableau n° 4 présente une comparaison entre les évaluations du coût de travail obtenues à partir des deux méthodes réunies avec des coefficients de corrélation ($n=18$). Dix-sept sur les dix-huit coefficients de corrélation sont positifs et treize sont significatifs du point de vue statistique au niveau 1 pour cent. Quatorze parmi les dix-huit moyennes PFA sont inférieures à celles des données de l'Observation Directe, bien qu'aucune des différences observées ne soit significative du point de vue statistique au niveau 5 pour cent. Théoriquement les données PFA offrent les évaluations les plus sûres car elles ne sont pas sujettes au même degré d'erreur d'échantillonnage.

Mais la qualité des données PFA dépend de la performance des employés médicaux, tandis que les données de l'observation directe ont été collectées par un personnel soigneusement formé.

Tableau n° 4

Comparaison entre les évaluations du coût de travail pour la planification familiale et les soins pré et post-natals				
(Données obtenues de l'observation directe et AFP (n = 18))				
	Observation directe		AFP	
	P.F.	SPPN	PF	SPPN
Consultations/P.F.	39.8	59.2	24.3	29,1
I.E.C./P.F.	20.7	19,50	13.2	17,5
Inscription/P.F.	30.9	37.0	24.5	29,4
Pilule N.A.	4.0	7,40	1.9	2,2
Pilule A.A.	28.4	449.0	8.4	8,2
Condom	2.5	4,10	0.6	0,7
D.I.U.	8.2	11,40	5.1	7,7
Autres méthodes/P.F.	0.2	0,80	0.5	2,1
Référence P.F.	1.2	3,00	1,7	3,3
Consultation/P.S.G.A.	11.2	20,40	9,7	15,3
Examen/P.S.G.A.	21.6	37,70	16,8	24
Tests/P.S.G.A.	1.8	4,20	1,7	2,3
Vaccin anti-tétanos/autres	3.3	5,50	2,6	5
I.E.C./P.S.G.A.	4.3	6,70	3,8	4,6
Inscription P.S.G.A.	19.7	23,10	12,9	16,6
Accouchement	0.8	3,30	1,2	5,1
Examen post-accouchement	2.1	3,30	3,4	5,7
Visite de relance/P.S.G.A.	1.1	3,50	0	0
* Significatif statistiquement au niveau 0.01				
SPPN : Soins pré et post-natals				
PF : Planification familiale				

DEUXIEME PARTIE

**METHODE D'EVALUATION
DES COUTS AUTRES QUE LES FRAIS DE
PERSONNEL**

I. Méthode d'évaluation des coûts autres que les frais de personnel

En dehors de l'enquête sur l'emploi du temps de travail, qui a permis de collecter les données sur la répartition du temps du personnel, les renseignements ci-après sur le coût ont été relevés dans les établissements sélectionnés durant la semaine de l'enquête :

1.1. Des données sur les frais de fonctionnement sans lien avec le travail, tels que l'eau, l'électricité, le téléphone, le carburant, entretien des véhicules, la maintenance des bâtiments, les fournitures médicales et non médicales, les médicaments et les vaccins;

1.2. Un recensement de tous les biens durables y compris les bâtiments, le terrain, les véhicules, les fournitures médicales ainsi que le mobilier et l'équipement de bureau;

1.3. Une liste de tout le personnel employé dans les formations sanitaires y compris son salaire, son grade et son numéro d'identification personnel (DOTI) afin de faciliter la collecte auprès du Ministère des Finances des informations sur les salaires.

1.4. Une liste des activités fixes et mobiles fournie par chaque formation, durant la semaine de l'enquête (1990) ainsi que pendant l'année 1989.

Les trois premières rubriques de la liste ci-dessus ont été obtenues dans les délégations médicales afin d'évaluer le coût administratif provincial que chaque installation aura à partager. Les rubriques 1 et 2 n'ont pas été obtenues pour le centre de référence de la planification familiale dans la province de Salé. Ce centre avait été inséré dans l'enquête sur l'emploi du temps en raison de l'absence de ces formations dans la province de Ben Slimane. Cependant, des statistiques sur le personnel et sur les services ont été obtenues dans cet établissement afin de les inclure dans l'enquête sur l'emploi du temps.

Les données de base ont été réunies par le personnel travaillant soit à la délégation provinciale, soit dans les formations sanitaires, en utilisant une série de fiches spécialement conçues (voir annexe C).

Il n'a pas été rencontré de problèmes particuliers en réunissant ces données. Néanmoins, la quantité de travail que cela représente indique que les prochaines enquêtes devront allouer plus d'une semaine pour le faire et devront également considérer une rémunération pour le personnel en raison du travail supplémentaire considérable que cela nécessite.

La collecte de données supplémentaires sur le coût s'est trouvée compliquée par le fait que celles-ci n'étaient pas toutes disponibles sur place. La plupart des renseignements sur les formations sanitaires étaient disponibles localement, mais certains ne l'étaient qu'à la délégation médicale provinciale.

Les frais généraux (l'eau, l'électricité, le téléphone, l'entretien des véhicules et leur utilisation) ont été obtenus auprès des bureaux provinciaux. Les services du Ministère de la Santé à Rabat ont fourni des renseignements sur les salaires ainsi que les prix de plusieurs articles. Le travail ayant été effectué auparavant (Roquin, 1988) s'est avéré extrêmement utile pour localiser les différentes sources d'information.

II. Biens de consommation

2.1. Les frais généraux :

Les informations concernant l'eau, l'électricité, le téléphone, les frais postaux, et la consommation de gaz butane pour chaque installation et pour les bureaux provinciaux ont été fournies par les administrations provinciales.

2.2. Dépenses de fonctionnement :

Les dépenses comprenant l'essence, les huiles de graissage, les pièces détachées et les frais d'entretien ont été évaluées par les administrations provinciales. Les renseignements sur les frais d'assurance des véhicules ont été fournis par les services du Ministère de la Santé Publique.

2.3. Fournitures non-médicales :

Ces articles, fournitures de bureaux et produits d'entretien, ont depuis toujours été achetés au niveau provincial. Les renseignements concernant la quantité consommée et le montant payé sont disponibles dans les services provinciaux.

2.4. Médicaments et fournitures médicales :

Chaque formation a fourni ses données sur les quantités consommées. Cependant les prix ont dû être obtenus au niveau central. La source principale d'information était la liste officielle des prix 1989 (nomenclature), fournie par une autre administration centrale et par la liste des prix des médicaments essentiels élaborés par l'UNICEF.

Les prix des produits tels que les contraceptifs et les vaccins utilisés par les programmes particuliers ont été obtenus auprès des services centraux.

III. Biens durables

3.1. Bâtiments :

Les données sur les bâtiments ont été obtenues sur place durant l'enquête (surfaces, matériaux, etc...).

Un spécialiste en construction de la Mission USAID a fourni des renseignements sur le prix du mètre carré pour les constructions ordinaires (1450 - 2000 Dh). Cela inclut la taxe et les frais qu'aurait facturés un contractant.

La somme de 1725 Dh par mètre carré (environ \$ 200) a été retenue pour évaluer le coût de remplacement de tous les bâtiments. Pour les constructions préfabriquées une moyenne de 1600 Dh/m² a été adoptée. Les logements fournis par le Ministère n'ont pas été inclus dans l'enquête sur le coût.

Le loyer versé par les employés pour les logements de fonction constituent une partie du coût réel. Ce qui signifie l'existence d'une subvention à ce niveau. Les futures enquêtes devront en tenir compte.

3.2. Le terrain :

Les terrains sur lesquels les installations ont été construites ont été mesurés et l'information sur le prix du m² a été obtenue auprès des responsables provinciaux. Ces évaluations sur la valeur du terrain vont de 15 Dh dans certains secteurs ruraux à 300 Dh le mètre carré dans les villes de Kénitra et d'Agadir.

3.3. Véhicules :

Un inventaire des véhicules en état de marche dans les bureaux provinciaux, comprenant leur marque, le modèle, l'année et le kilométrage a été dressé pour l'année 1989. Les frais d'amortissement des véhicules ont été estimés par l'administration centrale.

3.4. Fournitures médicales :

Il a été dressé pour chaque installation et pour chaque bureau provincial un inventaire complet du matériel médical en état de marche et des équipements de bureau. Une évaluation du prix de chaque article a été faite à partir des nomenclatures officielles ou des listes de prix établies par les administrations.

3.5. Fournitures de bureau :

Le même procédé que pour les équipements de bureau a été employé.

IV. Frais de personnel

Une liste a été dressée de tout le personnel en fonction dans les formations sanitaires et dans les délégations provinciales. Cette liste comprenait :

- Nom;
- Salaire;
- Echelon;
- Numéro personnel d'identification (DOTI).

Les renseignements sur les salaires n'étaient pas disponibles localement. L'utilisation du numéro de DOTI a permis l'accès aux dossiers se trouvant dans les ordinateurs du Ministère des Finances.

4.1. Statistiques sur les services

Une partie importante de l'étude sur le coût comprend la collecte des statistiques sur les services durant la semaine de l'enquête sur l'emploi du temps et pour l'année 1989.

Les activités fixes ont été distinguées des activités ambulatoires.

Les statistiques sur les services, qui étaient particulièrement détaillées pour la planification familiale et les autres programmes de SMI, ont été établies en vue de leur utilisation ultérieure dans l'analyse de rentabilité.

Par ailleurs, l'évaluation du coût total des différentes activités à partir des informations obtenues à l'échelon provincial est la plus recommandable.

Un résumé des services pour chaque catégorie de formation sanitaire se trouve au tableau n°5 pour les activités fixes et dans le tableau n°6 pour les activités mobiles.

Tableau n°5

Services dispensés par les activités fixes, 1989							
	<i>CSU</i>	<i>DU</i>	<i>CRPF</i>	<i>CSR</i>	<i>DR</i>	<i>DRB</i>	<i>TOTAL</i>
Consultations médicales	64.490	18.305	0	40.964	4.277	93	128.129
Consultations para-médicales	134.317	30.023	0	71.182	16.016	4.266	255.804
Soins	30.104	24.098	0	27.752	6.398	1.554	89.906
Injections	48.366	36.809	0	48.606	13.125	3.148	150.054
Luttes anti-palludique	5.489	1.412	0	3.263	1.668	519	12.351
Lutte anti-biharziose	499	140	0	41	0	0	680
Lutte anti-tuberculose	4.890	1088	0	1533	482	83	8.076
Diabète	4.873	8.168	0	13.209	1.138	593	27.981
Hypertension	2.892	811	0	2.830	164	288	6.985
Hygiène scolaire	47.642	10.240	0	34708	615	348	93.553
Hygiène du milieu	0	0	0	50	18	9	77
P.N.I	14.282	7.664	0	17.124	7.454	418	46.942
P.L.M.D	10.368	4.902	0	13.551	4.570	5.771	32.292
P.L.M.C	21.104	14.079	0	13.472	4.619	1.898	55.172
P.F.	46.471	30.477	24.690	24.193	17.325	6.338	149.494
P.S.G.A.	3.558	4.138	0	5.751	924	592	14.963

Services dispensés par les activités fixes, 1989

(En nombre de prestations)

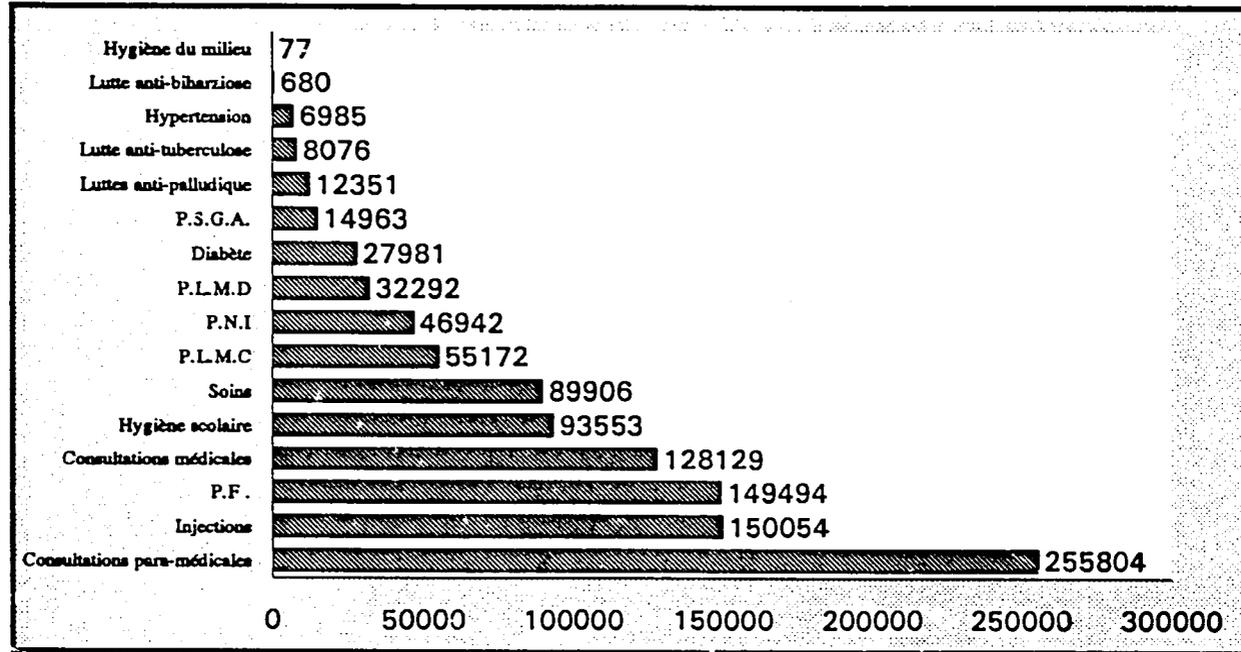
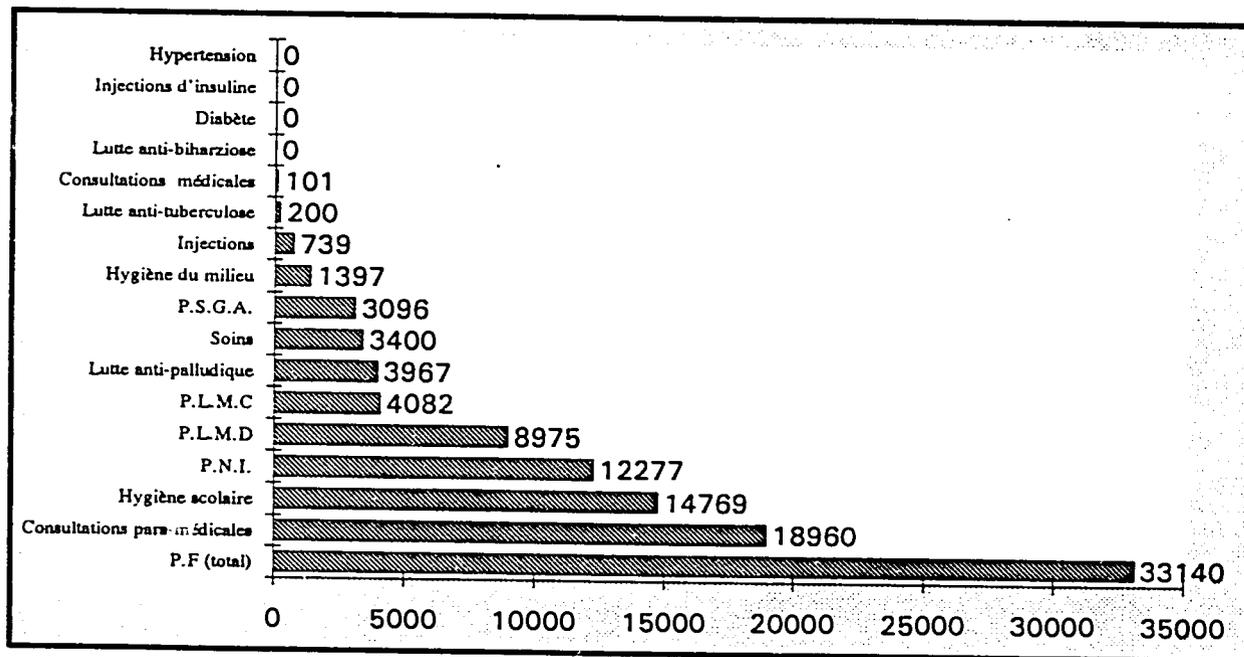


Tableau n°6

Services dispensés par les équipes mobiles, 1989							
	CSU	DU	CRPF	CSR	DR	DRB	TOTAL
Consultations médicales	0	0	0	0	101	0	101
Consultations para-médicales	0	0	0	14.675	4.175	110	18.960
Soins	0	0	0	1.845	1.555	0	3.400
Injections	0	0	0	127	575	37	739
Lutte anti-palludique	265	0	0	1.620	2.001	81	3.967
Lutte anti-biharziose	0	0	0	0	0	0	0
Lutte anti-tuberculose	0	0	0	83	117	0	200
Diabète	0	0	0	0	0	0	0
Injections d'insuline	0	0	0	0	0	0	0
Hypertension	0	0	0	0	0	0	0
Hygiène scolaire	1.430	0	0	8.955	3.666	718	14.769
Hygiène du milieu	30	0	0	976	315	76	1397
P.N.I.	1.975	0	0	1.683	7.272	1.347	12.277
P.L.M.D	1.948	0	0	2.993	3.869	165	8.975
P.L.M.C	225	0	0	1.686	1.859	312	4.082
P.F (total)	880	0	0	16.077	13.909	2.274	33.140
P.S.G.A.	0	0	0	108	1.395	1.593	3.096

Services dispensés par les équipes mobiles, 1989 (En nombre de prestations)



TROISIEME PARTIE
METHODE ET RESULTATS
D'EVALUATION DU COUT TOTAL

Previous Page Blank

I. METHODOLOGIE D'EVALUATION DES COÛTS

L'enquête sur l'emploi du temps a fourni des données sur la répartition du temps du travail durant une semaine seulement en 1990, tandis que les informations sur les postes autres que le travail ont été enregistrées pour toute l'année 1989.

Afin de développer une évaluation complète des coûts pour 1989, il a été nécessaire de suivre la démarche suivante :

- 1) Evaluation des frais de personnel pour 1989;
- 2) Evaluation des principales dépenses annuelles;
- 3) Répartition des coûts indirects sur les différents programmes et stratégies fixes et mobiles;
- 4) Répartition des coûts directs sur les différentes stratégies.

I.1. Les frais de personnel

L'enquête sur l'emploi du temps, combinée avec les données obtenues auprès du Ministère des Finances, a permis l'évaluation du coût du travail pour chacune des 52 activités, fixes et mobiles, durant la semaine de l'enquête (voir tableau n° 2 et 3). Les chiffres obtenus à la suite d'une semaine d'observation en 1990 devaient être convertis pour l'estimation du coût du travail direct durant l'année précédente (1989).

Dans la plupart des cas, il était possible de relier directement un programme ou une activité à une statistique de service particulière. Par exemple, le coût du travail pour les soins curatifs (c'est-à-dire les consultations et les traitements) était relié à la somme de toutes les consultations, traitements et injections (tableaux 5 et 6).

- La quantité de travail pour les soins curatifs durant la semaine de l'enquête a été calculée et multipliée par la somme des soins curatifs dispensés durant l'année précédente, afin d'obtenir une évaluation du coût de travail annuel direct des services curatifs pour l'année 1989.

De même la proportion des autres frais de travail relatifs à la planification familiale (tels que les consultations, l'IEC, le remplissage sur les fiches, la référence sur d'autres formations) par rapport au nombre de visites initiales durant la semaine de l'enquête sur l'emploi du temps de travail a été utilisée comme base pour évaluer le coût du travail relatif aux autres activités de planification familiale pour toute l'année 1989.

Dans le cas de certains programmes tels que l'hygiène du milieu, aucune statistique ne semblait adéquate, et la valeur observée hebdomadairement pour 1990 a été évaluée pour l'année en la multipliant par 52.

Dans le cas où une activité n'a pas été observée durant la semaine de l'enquête dans une formation donnée, mais qu'elle avait eu lieu au cours de l'année précédente, les proportions observées dans un même type de formation ont été retenues pour les calculs.

Le tableau n° 7 fournit une liste d'activités pour lesquelles des évaluations annuelles du coût du travail ont été préparées, y compris la méthode d'extrapolation pour l'année utilisée.

I.2. Principales dépenses annuelles

Les principaux coûts annuels (CAP) ont été obtenus en annualisant la valeur de remplacement des bâtiments, véhicules, équipement et mobilier médical, en utilisant la formule suivante (Reynolds et Gaspari, 1985, p.A-14) :

$$\text{CAP} = \frac{[r(1+r)^n]}{[(1+r)^n - 1]} \text{VC}$$

CAP : Coûts annuels principaux

VC : Valeur courante (c'est-à-dire de remplacement) des biens principaux,

n : Durée prévue de ces biens,

r : Taux d'intérêt.

Tableau n° 7

<i>Méthodes d'annualisation utilisées en ce qui concerne le coût du travail</i>	
<i>Programme</i>	<i>Annualisation fondée sur :</i>
Consultation/ soins	Nombre de consultations médicales et para-médicales, traitements et injections
Hygiène du milieu	Coût de travail hebdomadaire, multiplié par 52
Hygiène scolaire	Nombre d'étudiants examinés (médical + paramédical)
Lutte anti-palludique	Nombre de prélèvements de sang
Lutte anti-biharziose	Nombre de prélèvements d'urine
Lutte anti-tuberculose	Nombre de prélèvements de crachat
Diabète	Nombre d'injections d'insuline effectuées
Hypertension	Nombre de mesures de la pression artérielle effectuées
R.A.A.	Coût du travail hebdomadaire, multiplié par 52
M.S.T.	Coût de travail hebdomadaire, multiplié par 52
Autres Programmes	Coût du travail hebdomadaire, multiplié par 52
P.N.I.	Nombre de vaccinations (doses) effectuées
P.L.M.D.	Nombre d'enfants traités
P.L.M.C.	Nombre d'enfants pesés
P..S.G.A.	Nombre de consultations pré- et post-natales
P.F. (total)	
- Pilule	Nombre de visites init. et de réapprovisionnement pilules
- Condom	Nombre de visites init. et de réapprovisionnement préservatifs
- DIU	Nombre de visites init. et de réapprovisionnement stérilets
- Autres Activités PF	Nombre de visites initiales

On a utilisé un taux d'intérêt de 10 %. La durée prévue des biens a été établie comme suit : terrain (durée illimitée, c'est-à-dire que seul l'intérêt est appliqué), les bâtiments (25 ans), les véhicules, l'équipement et le mobilier médical (5 ans). Les mêmes procédures et prévisions ont été observées pour les évaluations des coûts principaux annuels pour les installations provinciales (telles que l'ensemble des véhicules, les laboratoires et les pharmacies).

I.3. Les coûts indirects

Les coûts principaux sont considérés comme des dépenses indirectes (c'est-à-dire communes à tous les programmes et activités). Ils comprenaient les frais de tous les articles non-médicaux, tels que le papier, les produits d'entretien, les frais de chauffage (gaz butane), les frais généraux (téléphone, électricité, eau, frais de postes), les articles médicaux (les pansements et les seringues), les frais d'entretien des véhicules et le travail indirect.

Le coût indirect était considéré comme étant la différence entre le coût total (c'est-à-dire la somme des salaires de tous les employés dans chaque formation pour 1989) et les coûts directs de travail.

Outre les coûts indirects propres à chaque formation, une partie des frais administratifs provinciaux a été attribuée à chaque établissement et traitée comme faisant partie des frais indirects. La proportion du nombre d'employés dans chaque formation sanitaire par rapport au nombre total d'employés travaillant dans tous les services de santé ambulatoire de la province a été retenue comme clé de répartition des frais administratifs provinciaux.

Ceux-ci comprennent les frais de personnel, les frais annuels principaux, les fournitures médicales non-réutilisables et les fournitures non-médicales, le chauffage, les frais généraux et les frais de fonctionnement des véhicules.

Tous les frais administratifs provinciaux ont été enregistrés à l'exception des différents services qui composent la délégation médicale provinciale (c'est-à-dire le Bureau Médical Provincial, Le Service de Soins Ambulatoires (SIAAP), l'ensemble des véhicules, les laboratoires et les pharmacies).

Il a été demandé aux responsables provinciaux d'évaluer la part des dépenses de chaque service affecté aux activités ambulatoires par rapport aux activités hospitalières. Par exemple, la moitié des frais du Bureau Médical

Provincial a été allouée au système ambulatoire, tandis que la totalité du coût des soins ambulatoires lui a été affectée. La proportion de véhicules, pharmaciens et laboratoires allouée au système ambulatoire variait d'une province à l'autre.

Les coûts indirects ont été répartis sur les programmes et stratégies fixes et mobiles, en fonction des coûts directs de travail. Par exemple, si les soins curatifs (consultations/traitements) dans les établissements fixes représentaient la moitié de tout le travail direct, la moitié des frais indirects étaient également allouée à ces activités.

I.4. Les coûts directs

Certains médicaments ou produits tels que la streptomycine, les vaccins, le matériel de vaccination et les contraceptifs peuvent être facilement associés à certains programmes particuliers (tels que la lutte contre la tuberculose, l'immunisation et la planification familiale). Ainsi ils ont été directement imputés à leurs programmes.

Tous les médicaments n'appartenant pas à un programme particulier ont été attribués aux soins curatifs sous la rubrique "autres coûts directs" et ont été répartis sur les activités mobiles et fixes.

II. Résultats de l'évaluation du coût

Les évaluations des coûts sont fournies dans les tableaux 8 à 19. Les commentaires sur ces résultats recouvrent les sujets suivants :

- 1) La répartition du coût total par type de formation sanitaire, stratégie et éléments principaux du coût.
- 2) La répartition des coûts indirects par catégorie de dépenses;
- 3) Les dépenses administratives provinciales par catégorie;
- 4) La proportion des frais de personnel dans le coût total;
- 5) La proportion de frais fixes par rapport aux frais de fonctionnement dans le coût total;

- 6) La répartition du coût total par catégorie de services (tels que soins curatifs, prestations de SMI).

II.1. Le coût total

Le tableau n° 8 présente le coût total par formation sanitaire et par stratégie de service. Le coût total moyen par formation s'étend d'un maximum de 1.025.338 Dirhams (Dh) par an dans les centres de santé urbains à un minimum de 73.980 Dh par an dans les dispensaires ruraux de base (DRB).

Les différences dans le coût annuel entre les types de formations sanitaires proviennent des variations dans le nombre total d'employés (voir tableau n° 1) et dans les disparités salariales. Les médecins, dont le salaire est normalement trois fois plus élevé que celui des infirmiers, ne se trouvent que dans les centres de santé urbains et ruraux (CSU, CSR) et dans quelques dispensaires urbains (DU).

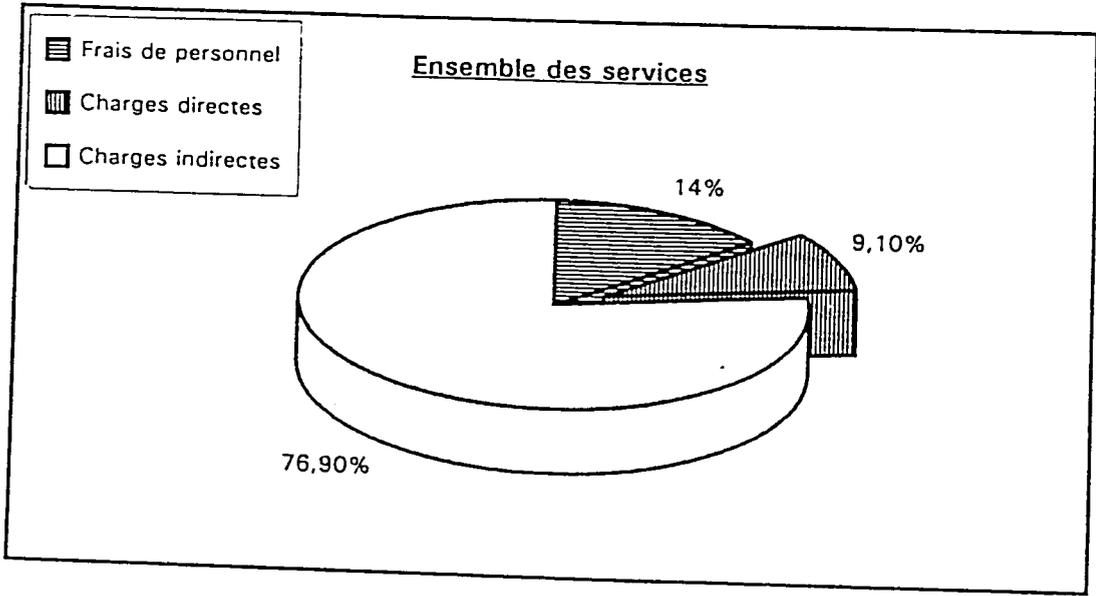
A l'exclusion des centres de référence pour la planification familiale (CRPF), qui n'offrent pas de services de visites à domicile, la part des activités mobiles dans le coût total s'étend d'un maximum de 32 pour cent (DR) à un minimum de 6,7 pour cent (DU). Comme prévu, les activités mobiles sont beaucoup plus importantes au niveau rural que dans les formations urbaines.

Le tableau n° 8 présente également les éléments principaux du coût total (tels que les frais directs de personnel et les autres coûts. Les frais indirects représentent une très grande proportion du coût total pour tous les services combinés (76,9 %), les services fixes (77,5 %), les services mobiles (72,9%). Les frais directs de personnel représentent 14 % du coût total pour l'ensemble des activités (13,7 % pour les coûts des activités fixes et 15,7 % pour les coûts des activités mobiles), tandis que les autres coûts directs représentent les 9,1 % restant des coûts directs pour l'ensemble des activités.

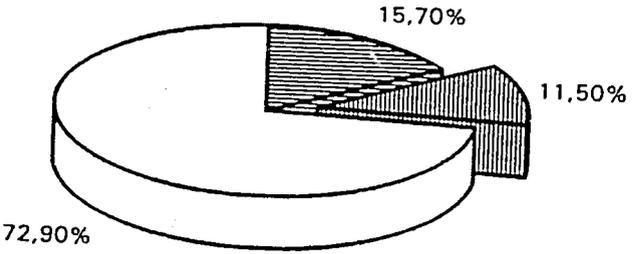
Comme le montrent les données du tableau n° 9, il n'existe pas de relation systématique entre le coût des médicaments par consultation et la présence de médecins dans un centre de santé. Le coût de personnel est plus élevé dans les établissements qui emploient des médecins surtout à cause des salaires nettement élevés que ces derniers perçoivent.

Tableau n°8

Evaluation du coût total par activité et par stratégie de livraison de service et par éléments principaux, 1989							
	<i>CSU</i>	<i>DU</i>	<i>CRPF</i>	<i>CSR</i>	<i>DR</i>	<i>DRB</i>	<i>TOTAL</i>
SERVICES FIXES							
Frais de personnel	17,5	10,7	5,6	14,9	7,3	6,2	13,7
Charges directes	8,5	8,2	3,2	8,6	14,7	16,5	8,8
Charges indirectes	74	81,1	91,2	76,5	78	77,3	77,5
Total	100	100	100	100	100	100	100,0
Moyenne (dirham)	926.248	588.100	206.931	726.908	167.207	67.261	461.238
SERVICES MOBILES							
Frais de personnel	15,3	10,7	-	20,7	7,4	6,9	15,7
Charges directes	4,4	8,8	-	13,8	15,8	14,5	11,5
Charges indirectes	80,3	80,5	-	65,5	76,8	78,6	72,8
Total	100	100	0	100	100	100	100
Moyenne (dirham)	99.090	41.947	-	191.362	78.563	6.719	73.708
TOUS SERVICES							
Frais de personnel	17,4	10,8	5,6	16,1	7,3	6,2	14
Charges directes	8,1	8,2	3,2	9,7	15,1	16,3	9,1
Charges indirectes	74,5	81	91,2	74,2	77,6	77,5	76,9
Total	100	100	100	100	100	100	100
Moyenne (dirham)	1.025.338	630.047	206.932	918.270	245.770	73.980	534.946
n	3	3	3	3	3	3	17



Activités mobiles



Activités fixes

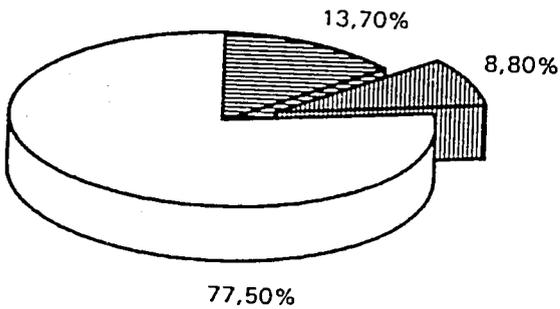


Tableau n° 9

<i>Dépenses pour médicaments par consultation et par type de facilité, 1989</i>							
	CSU	DU	CRPF	CSR	DR	DRB	TOTAL
Dépenses pour médicaments (Dh.)	142.101	79.785	-	131.978	25.118	11.468	390.450
Nombre de consultations (de toutes espèces)	198.807	48.328	-	123.659	24.468	4.469	399.731
Dépenses Médicaments / consultation (Dh)	0.71	1,65	-	1,07	1,03	2,57	0.98

II.2. Les coûts indirects

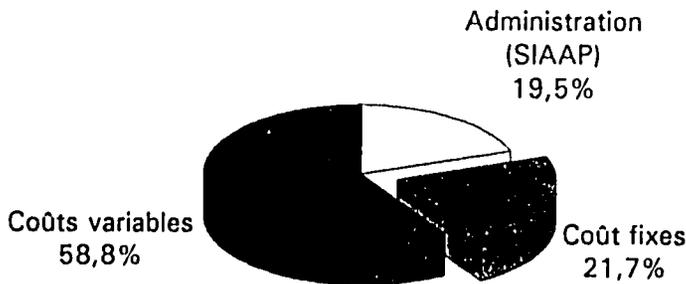
Le tableau n° 10 présente la répartition du coût indirect estimé par type de formation sanitaire et par catégories de coût. Le travail indirect seul représente 55,1 % de tous les frais indirects, suivi par les frais administratifs provinciaux (19,5 %) et l'amortissement des bâtiments (10,3 %).

Tableau n° 10

Distribution du coût indirect estimé (pourcentage), 1989

	CSU	DU	CRPF	CSR	DR	DRB	TOTAL
<i>Administration (SIAAP)</i>	19,9	19,4	21,6	18,8	19,4	19,3	19,5
<i>Coût fixes</i>							
Voitures/Vélos	1,1	0,2	0	3,1	1,4	2,4	1,5
Bâtiments	8,8	10,6	14,1	8	17	22,7	10,3
Terrain	4,2	5,5	4,5	4,9	10	3,7	5,2
Mobilier de bureau	1	0,8	2,4	0,9	1	1,9	1
Équipement technique	3,8	2,9	5,8	2,9	5,2	10,4	3,7
Sous total	18,9	20	26,8	19,8	34,6	41,1	21,7
<i>Coûts variables</i>							
Personnel indirect	58,7	54,3	48,4	57,5	43,8	36,1	55,1
Produits d'hygiène	0,1	0,3	0,4	0,1	0,3	0,5	0,2
Fournitures de bureau	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,4	0,1
Matériel médical	0,3	0,4	2	0,4	0,3	0,5	0,4
Chauffage	0,1	0	0	0	0	0,4	0
Transport	0,3	0	0	1,1	0,5	1,3	0,5
Électricité/Eau	1,6	5,5	0,7	2,2	1	0,4	2,5
Sous total	61,2	60,6	51,6	61,4	46	39,6	58,8
Total	100	100	100	100	100	100	100
Total (dirham)	2.292.802	1.531.415	377.326	2.044.496	572.084	171.655	6.989.778
n	3	3	2	3	3	3	17
Moyenne (dirhams)	764.267	510.472	188.663	681.499	190.695	57.218	411.163

**Distribution du coût indirect estimé
(pourcentage) 1989**



De façon surprenante, les dépenses fixes et variables concernant les véhicules représentent seulement 2 % des coûts indirects, bien qu'il existe des variations considérables dans l'importance de cette catégorie de frais entre les différents types d'établissements de santé (d'un maximum de 4,2 % pour les centres de santé ruraux à un minimum de 0 pour les centres de référence de planification familiale).

La proportion de coûts indirects relative au travail indirect est plus élevée dans les centres de santé urbains et ruraux et dans les dispensaires urbains, du fait que les médecins, qui sont payés trois ou quatre fois plus que les infirmiers, ne sont employés que dans ces établissements.

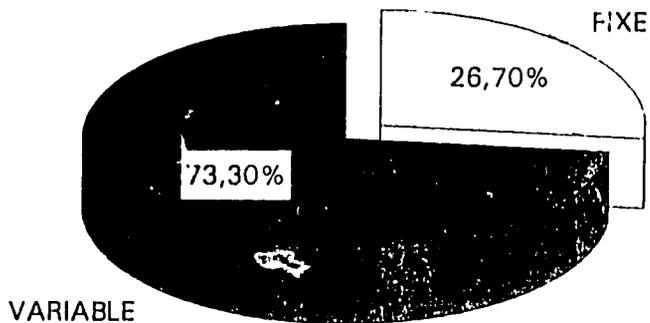
Les proportions des frais fixes sont proportionnellement inférieures au coût indirect total pour ces mêmes catégories d'établissements.

II.3. Les dépenses administratives

Le tableau n° 11 présente la répartition des dépenses administratives provinciales par catégorie. Ici encore, les frais de personnel représentent de loin la part la plus importante (62,1 %) suivi par l'amortissement des véhicules (11,0 %), des bâtiments (9,2 %), des services généraux (5,1 %) et des frais de transport (4,3%).

Tableau n° 11

Frais administratifs provinciaux affectés au système de soins ambulatoires, 1989	
	%
FIXE	
Voitures/Vélos	11
Bâtiments	9,20
Terrain	2,70
Meubles de bureau	2,50
Équipement technique	1,30
Sous total	26,70
VARIABLE	
Personnel	62,10
Produits d'hygiène	0,20
Fournitures de bureau	0,50
Matériel médical	1,1
Chauffage	0
Transportation	4,3
Électricité/Eau	5,1
Sous total	73,30
TOTAL	100,00
TOTAL (Dirhams)	7.651.435
MOYENNE (n = 3)	2.550.478



II.4. La part des frais de personnel dans le coût total

Les frais de personnel se répartissent en frais directs et frais indirects (voir tableaux n° 8 et 10). Les éléments relatifs aux coûts totaux concernant le travail sont présentés au tableau n° 12 ci-après :

Tableau n° 12

Frais totaux du travail (pourcentage), 1989							
	<i>CSU</i>	<i>DU</i>	<i>CRPF</i>	<i>CSR</i>	<i>DR</i>	<i>DRB</i>	<i>TOTAL</i>
Personnel direct	17,4	10,8	5,6	16,1	7,3	6,2	14
Personnel indirect	43,8	43,9	44,2	42,7	34	28	42,4
Personnel administratif	9,2	9,8	12,2	8,6	9,3	9,3	9,3
Personnel à temps partiel	70,4	64,5	62	67,4	50,6	43,5	65,7
Autres	29,6	35,5	38	32,6	49,4	56,5	34,3
Total	100	100	100	100	100	100	100

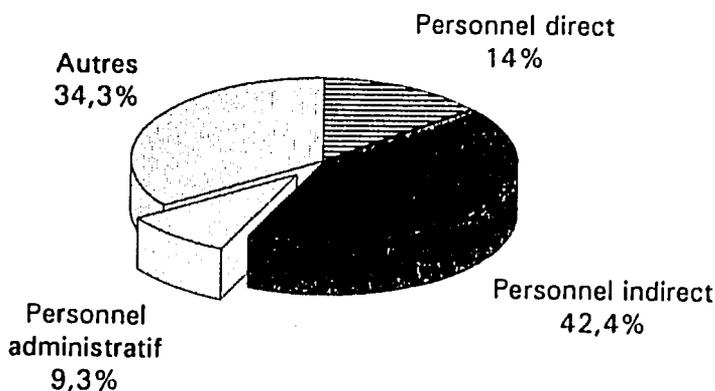
Pour toutes les formations observées, les relations suivantes ont été enregistrées:

- Le travail à temps partiel représente 65,7 % du coût total;
- Le travail direct représente seulement 14,0 %;
- Le travail indirect 42,4 %;
- Le travail administratif 9,3 %.

La part du travail dans le coût total varie d'un maximum de 70,4 %, parmi les centres de santé urbains, à un minimum de 43,5 % dans les dispensaires ruraux de base.

Le tableau n° 12 laisse à penser que la part de travail dans le coût total est supérieure dans les établissements qui emploient des médecins, ce qui n'est pas surprenant.

Coûts totaux du travail , 1989



II.5 Les frais variables et les frais fixes (principaux)

On peut utiliser les données des tableaux n°8, 10 et 11 afin d'obtenir la part des frais variables. Les frais fixes sont constitués de l'amortissement des équipements utilisés par le système de santé ambulatoire (c'est-à-dire, les véhicules, les bâtiments, le mobilier et le matériel). Les nouveaux achats de ces articles essentiels sont inclus dans le budget principal.

Les frais fixes sont contractés à la fois au niveau de l'établissement même, où ils représentent 21,7 % des coûts indirects (tableau n° 10) et au niveau provincial, où ils représentent 26,7 % des frais administratifs (tableau n° 11).

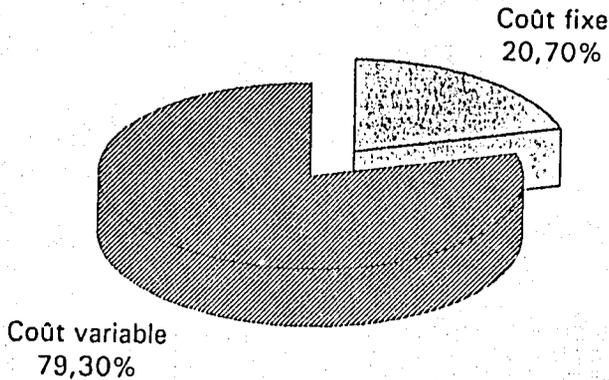
Le tableau n° 13 donne le détail des frais totaux en éléments fixes et variables. Les frais fixes représentent 20,7 % des coûts totaux pour tous les établissements observés, les dépenses variables détiennent les 79,3 % restants.

Tableau n°13

Frais totaux en éléments fixes et récurrents, 1989							
	<i>CSU</i>	<i>DU</i>	<i>CRPF</i>	<i>CSR</i>	<i>DR</i>	<i>DRB</i>	<i>TOTAL</i>
Coût fixe							
Indirect	14,1	16,2	24,4	14,6	26,9	31,8	16,7
Administration	4	4,2	5,3	3,7	4	4	4
Sous total	18,1	20,4	29,7	18,3	30,9	35,8	20,7
Coût récurrent							
Direct	25,4	19	8,8	25,7	22,4	22,5	23,1
Indirect	45,7	49,1	47,1	45,5	35,7	30,7	45,2
Administrative	10,8	11,5	14,4	10,5	11	11	11
Sous total	81,9	79,6	70,3	81,7	69,1	64,2	79,3
Total	100	100	100	100	100	100	100

Il existe des variations considérables entre les différentes catégories d'établissements. La part des dépenses fixes dans le coût total est inférieure dans les centres de santé urbains et ruraux (18,1 % et 18,3 %). Elle est supérieure dans les dispensaires ruraux de base (35,8 %), suivis par les dispensaires ruraux (30,9 %) et les centres de référence de planification familiale (29,7 %). La part la plus basse pour les frais fixes se trouve dans les établissements qui emploient des médecins, à cause de leurs salaires relativement élevés.

Coûts totaux en éléments fixes et variables



II.6. Le coût total par catégorie de service

Les tableaux n°14 à 16 présentent la répartition du coût total par programme. Ces données montrent que les services curatifs représentent plus que la moitié du coût total dans les établissements enquêtés : 51,7 % du coût de tous les services (tableau n° 16); 53,89 % des frais pour les activités fixes (tableau n° 14) et 37,84 % des frais des activités mobiles (tableau n° 15). Bien que les activités visites à domicile représentent une portion relativement faible du coût total (13,8 %) (voir tableau n° 8), il est clair que celles-ci servent néanmoins à augmenter la part du coût total des services de santé préventive.

Tableau n° 14

Frais pour les services fixes par programme (%), 1989							
	<i>CSU</i>	<i>DU</i>	<i>CRPF</i>	<i>CSR</i>	<i>DR</i>	<i>DRB</i>	<i>TOTAL</i>
Soins curatifs	67,58	49,67	0	53,52	47,98	32,4	53,89
Hygiène du milieu	0	0	0	0,12	0,13	2,86	0,12
Hygiène scolaire	9,52	2,89	0	1,47	2,42	3,51	4,68
Lutte anti-palludique	0,85	0,56	0	4,4	3,82	4,61	2,01
Lutte anti-belharziose	0,04	0,27	0	0,02	0	0	0,08
Lutte anti-tuberculose	3,32	5,41	0	6,59	9,46	8,37	5,07
Diabète	0,18	2,99	0	2,66	1,69	3,34	1,66
Hypertension	1,65	1,54	0	0,5	0,59	1,02	1,13
R.A.A.	0	0,14	0	0,47	0	0,22	0,19
M.S.T.	0,15	0,53	0	0,1	0	0,48	0,21
Autres Programmes	0	1,22	0	0,2	0,39	0	0,35
P.N.I.	6,57	9,11	0	2,12	9,33	10,16	5,83
P.L.M.D.	0,89	4,51	0	1,51	3,05	1,72	1,99
P.L.M.C.	1,8	4,9	0	15,34	3,21	3,13	6,29
P.S.G.A.	1,45	7,9	0	3,29	5,67	6,38	3,71
P.F. (total)	6	8,36	100	7,69	12,26	21,8	12,79
Total	100	100	100	100	100	100	100
Total (dirham)	2.778.745	1.764.301	413.863	2.180.725	501.621	201.784	7.841.039
n	3	3	2	3	3	3	17
Moyenne (dirham)	926.248	588.100	206.932	726.908	167.207	67.261	461.238

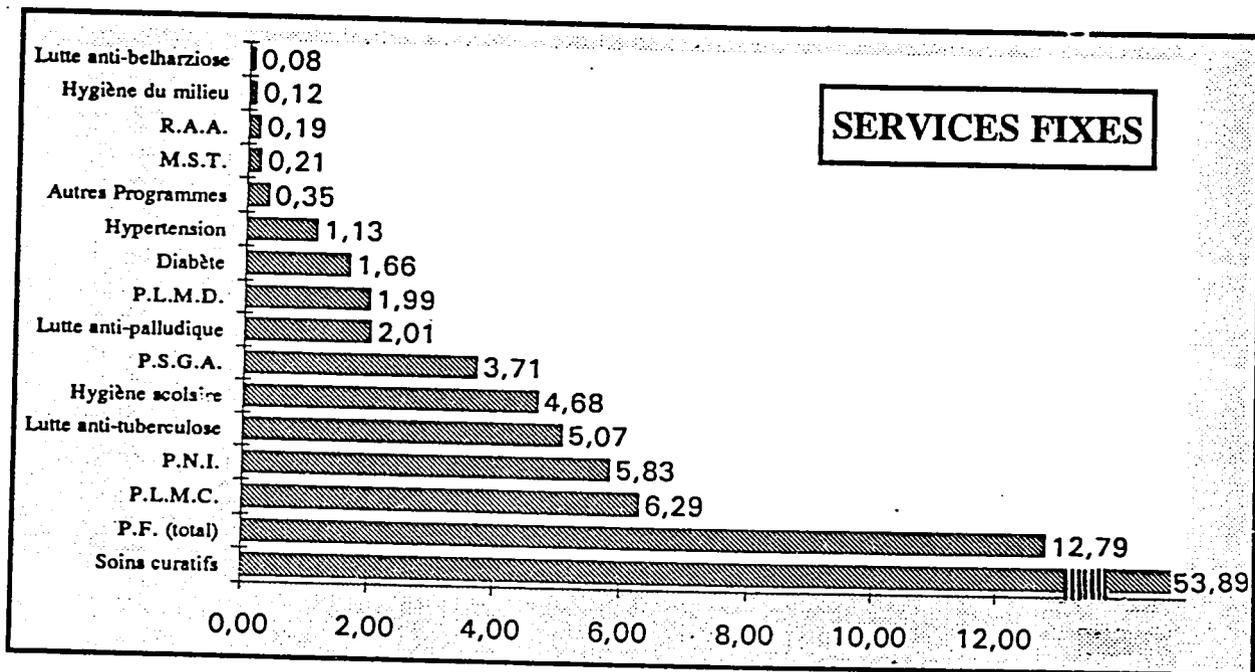


Tableau n°15

Frais pour les services mobiles par programme (%), 1989							
	<i>CSU</i>	<i>DU</i>	<i>CRPF</i>	<i>CSR</i>	<i>DR</i>	<i>DRB</i>	<i>TOTAL</i>
Soins curatifs	18,21	53,41	0	59,46	3,69	10,79	37,84
Hygiène du milieu	1,1	0	0	8,53	7,61	0,16	5,6
Hygiène scolaire	57,09	23,9	0	6	3,57	2,52	19,41
Lutte anti-palludique	0,37	1,93	0	4,34	12,38	6,48	4,7
Lutte anti-belharziose	0	0	0	0	3,22	0	0,61
Lutte anti-tuberculose	0,62	0	0	0,55	1,86	0	0,7
Diabète	0	0	0	0	0	0	0
Hypertension	0	0	0	0,06	0	0	0,03
R.A.A.	0	0	0	0,08	0	0	0,04
M.S.T.	0	0	0	0,3	0	0	0,14
Autres Programmes	3,08	0	0	1,43	1,14	0	1,6
P.N.I.	9,55	11,01	0	7,32	23,8	13,45	11,4
P.L.M.D.	1,09	0	0	2,44	8,5	5,64	3,12
P.L.M.C.	3	0	0	1,35	11,1	11,36	3,61
P.S.G.A.	2,61	8,95	0	3,38	10,9	16,3	5,3
P.F. (total)	3,28	0,86	0	4,76	12,3	33,31	5,9
Total	100	100	0	100	100	100	100
Total (dirhams)	297.270	125.841	0	574.086	235.690	20.157	1.253.044
n	3	3	2	3	3	3	17
Moyenne (dirhams)	99.090	41.947	0	191.362	78.563	6.719	73.708

Frais pour les services mobiles par programme (%), 1989

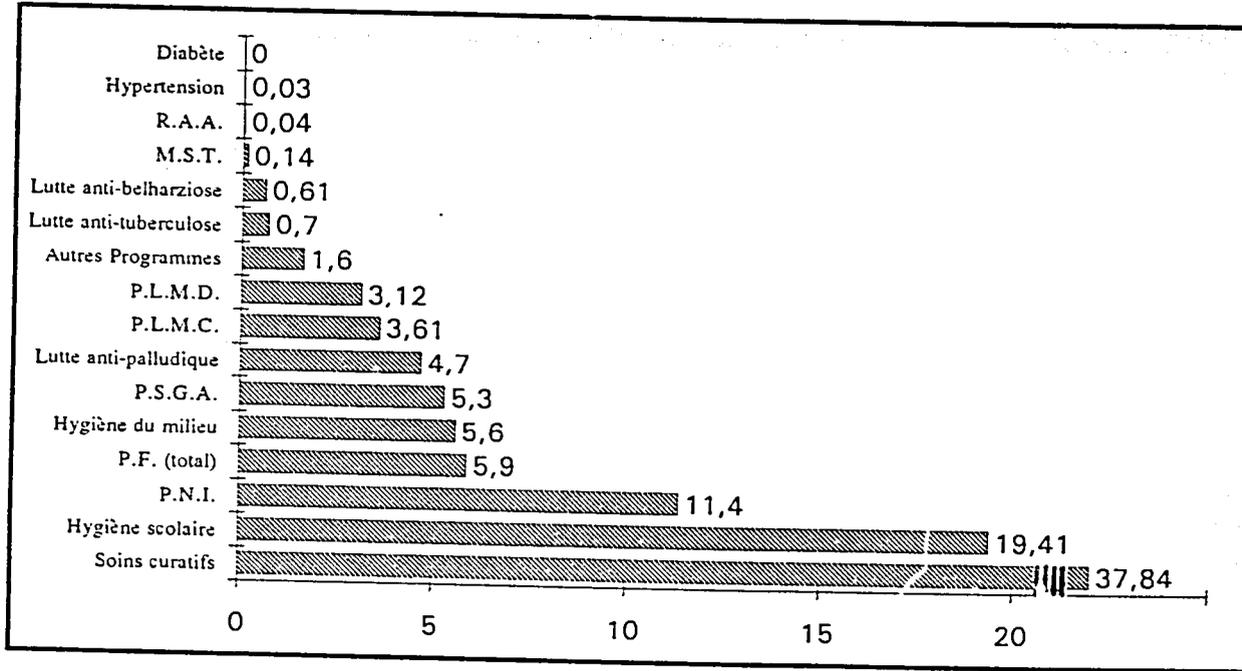


Tableau n° 16

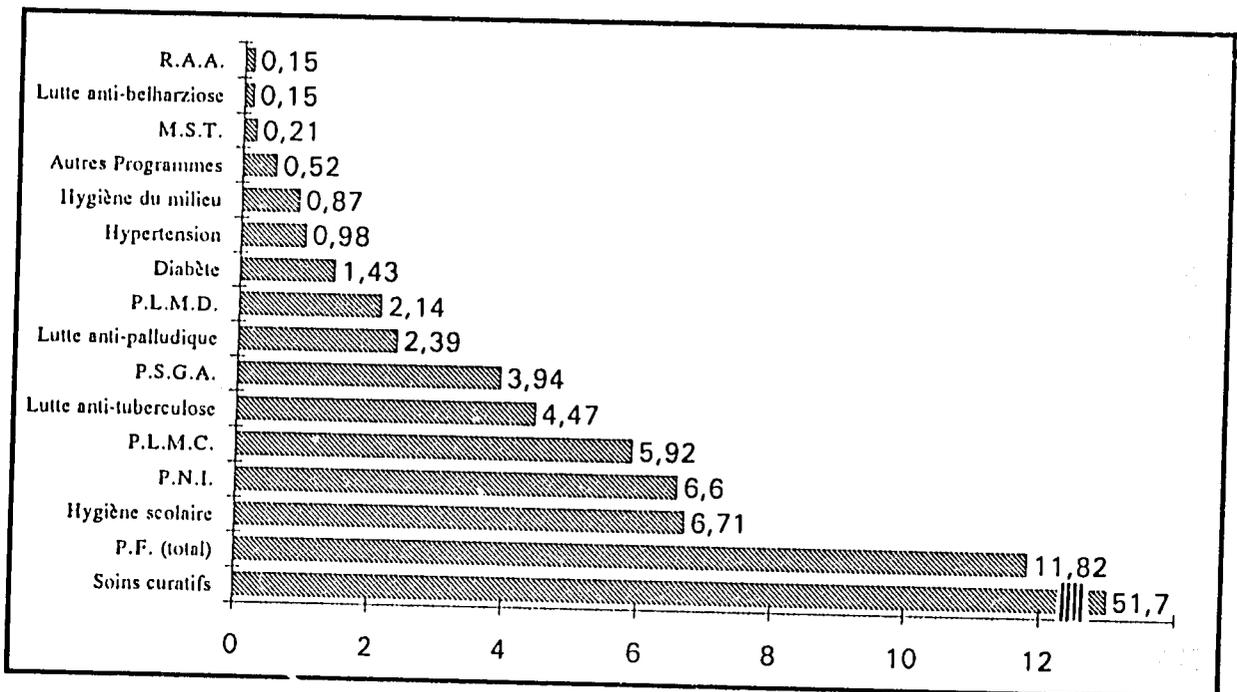
Frais de tous les services par programme (%), 1989							
	<i>CSU</i>	<i>DU</i>	<i>CRPF</i>	<i>CSR</i>	<i>DR</i>	<i>DRB</i>	<i>TOTAL</i>
Soins curatifs	62,8	49,92	0	54,78	33,82	30,49	51,7
Hygiène du milieu	0,11	0	0	1,87	2,52	2,62	0,87
Hygiène scolaire	14,12	4,29	0	2,42	2,79	3,42	6,71
Lutte anti-palludique	0,8	0,65	0	4,39	6,49	4,78	2,39
Lutte anti-belharziose	0,03	0,26	0	0,01	1,03	0	0,15
Lutte anti-tuberculose	3,06	5,13	0	5,33	7,03	7,62	4,47
Diabète	0,17	2,79	0	2,07	1,15	3,04	1,43
Hypertension	1,49	1,45	0	0,4	0,4	0,93	0,98
R.A.A.	0	0,14	0	0,38	0	0,2	0,15
M.S.T.	0,14	0,49	0	0,15	0	0,49	0,21
Autres Programmes	0,3	1,14	0	0,46	0,64	0	0,52
P.N.I.	6,86	9,24	0	3,2	13,98	10,47	6,6
P.L.M.D.	0,91	4,21	0	1,72	4,8	2,07	2,14
P.L.M.C.	1,91	4,54	0	12,43	5,74	3,88	5,92
P.S.G.A.	1,56	7,88	0	3,31	7,34	7,29	3,94
P.F. (total)	5,74	7,87	100	7,08	12,27	22,7	11,82
Total	100	100	100	100	100	100	100
Total (dirhams)	3.076.015	1.890.142	413.863	2.754.810	737.311	221.941	9.094.082
n	3	3	2	3	3	3	17
Moyenne (dirhams)	1.025.338	630.047	206.932	918.270	245.770	73.980	534.946

Les données du tableau n° 16 montrent que, dans les établissements qui offrent des services de soins curatifs (c'est-à-dire tous les établissements à l'exception des centres de référence pour la planification familiale), la proportion du coût dû à ces soins atteint son maximum dans les centres de santé urbains (62,8 %) et à son minimum dans les dispensaires ruraux (33,49 %). Parmi ces deux derniers types d'établissement, les soins curatifs représentent une petite part du coût des activités mobiles : soit respectivement 3,7 % et 10,8 % (voir tableau n° 15).

Après les soins curatifs, les services de planification familiale occupent la seconde place en ce qui concerne les frais totaux : 11,82 % pour tous les services (tableau n° 16); 12,17 % des frais pour les activités fixes (tableau n° 14) et 5,9 % pour les activités mobiles (tableau n° 15).

Les données du tableau n° 16 montrent également que la majeure partie du coût de la planification familiale est due aux consultations, à l'I.E.C., à la mise à jour des dossiers, et aux envois des patients à des spécialistes, plutôt qu'aux contraceptifs oraux (fourniture et distribution) et l'insertion des stérilets.

Frais de tous les services par programme (%), 1989



La part du coût des activités indirectes de planification familiale est bien plus faible en mode mobile qu'en mode fixe (35 % contre 65 %; voir tableaux n° 14 et 15). Cela est dû en grande partie au fait que le rôle des agents itinérants est avant tout de réapprovisionner les utilisatrices de la planification familiale et qu'ils ne passent pas beaucoup de temps à conseiller ou à informer.

L'ensemble des prestations de SMI (y compris la planification familiale) représente 30,42 % du coût total de toutes les activités. Cette proportion varie très peu entre les activités fixes (30,6 %) et les activités mobiles (29,4 %). Cependant, la composition des services de SMI varie entre les activités fixes et mobiles. La planification familiale représente la majeure partie des coûts fixes de SMI (42 %, tableau n° 14).

La planification familiale représente 11,82 % cent du coût total contre 6,6 % pour le programme d'immunisation et 5,9 % pour la surveillance de la nutrition constituée. Le programme de lutte contre la diarrhée et le programme de soins pré et post/natal représentent les portions les plus faibles: respectivement 2,14 % et 3,94 %.

Il est intéressant de noter que dans les dispensaires ruraux les activités de SMI représentent des parts plus importantes dans le coût total que les soins curatifs (44,13 % pour les SMI contre 33,82 % pour les soins curatifs). Dans les dispensaires ruraux de base, la SMI détient 46,41 % et les soins curatifs 30,5 %.

Le programme d'hygiène scolaire absorbe 6,71 pour cent de tous les frais (tableau n° 16), la majeure partie de ces activités étant concentrée dans les centres de santé urbains (14,12 % pour les frais des CSU). Le programme de lutte contre la tuberculose représente 4,47 % du coût total dans les établissements observés, où la plupart des activités sont en mode fixe (tableau n° 14).

Les 2,38 % du programme anti-paludisme sont fortement concentrés dans les établissements ruraux. Le seul autre programme représentant plus d'un pour cent du coût total est celui de la lutte contre le diabète (1,43 %).

Il est possible dans la plupart des cas de relier les programmes et les catégories de services aux groupes particuliers d'âge et de sexes. Les tableaux n° 17 à 19 présentent des parts du coût total détenues par les services destinés exclusivement aux hommes, aux femmes et aux enfants.

Tableau n° 17

La part (%) des services fixes dispensés aux femmes et aux enfants, 1989							
	CSU	DU	CRPF	CSR	DR	DRB	TOTAL
Services exclusivement femmes							
Soins curatifs	26,27	20,46	0	24,78	18,14	10,69	21,88
P.S.G.A.	1,45	7,8	0	3,29	5,67	6,38	3,71
P.F.	6	8,37	100	7,69	12,26	21,6	12,77
Sous total	33,72	36,63	100	35,76	36,07	38,67	38,36
Services exclusivement enfants							
Soins curatifs	22,96	15,5	0	15,36	9,36	9,36	17,24
Hygiène scolaire	9,52	2,89	0	1,47	2,42	3,51	4,68
P.N.I.	6,57	9,11	0	2,12	9,33	10,16	5,83
P.L.M.D.	0,89	4,51	0	1,51	3,05	1,72	1,99
P.L.M.C.	1,8	4,87	0	15,34	3,21	3,13	6,29
Sous total	41,74	36,88	0	35,8	27,37	27,88	36,03
Femmes + Enfants	75,46	73,51	100	71,56	63,44	66,55	74,39
Services exclusivement hommes							
Soins curatifs	18,29	13,71	0	13,38	20,48	12,35	14,77
Autres programmes	6,25	12,78	0	15,06	16,08	21,1	10,84
Total	100	100	100	100	100	100	100

Services fixes

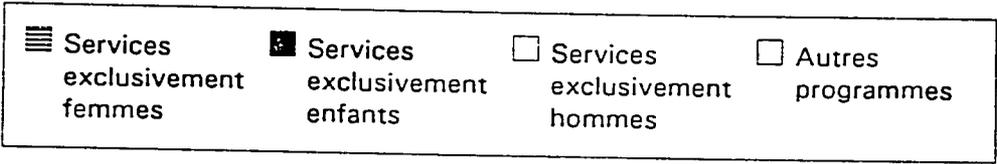
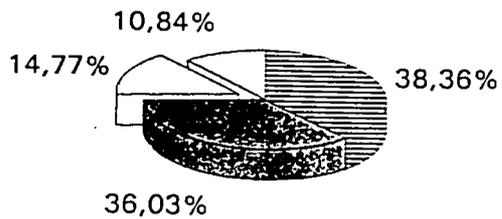


Tableau n° 18

La part (%) des services mobiles dispensés aux femmes et aux enfants, 1989							
	CSU	DU	CRPF	CSR	DR	DRB	TOTAL
Services exclusivement femmes							
Soins curatifs	3,64	24,09	-	23,05	1,72	4,18	13,24
P.S.G.A.	2,61	8,95	-	3,39	10,9	16,3	5,38
P.F.	3,28	0,86	-	4,76	12,31	33,31	5,9
Sous total	9,53	33,9	0	31,2	24,93	53,79	24,52
Services exclusivement enfants							
Soins curatifs	2,99	3,69	-	13,46	0,86	3,49	7,08
Hygiène scolaire	57,09	23,9	-	6	3,57	2,52	19,41
P.N.I.	9,55	11,01	-	7,32	23,87	13,45	11,43
P.L.M.D.	1,09	0	-	2,54	8,54	5,64	3,12
P.L.M.C.	3	0	-	1,35	11,13	11,36	3,61
Sous total	73,72	38,6	0	30,67	47,97	36,46	44,65
Femmes + Enfants	83,25	72,5	0	61,87	72,9	90,25	69,17
Services exclusivement hommes							
Soins curatifs	11,58	25,63	-	23,05	1,11	3,12	17,52
Autres programmes	5,17	1,87	-	15,08	25,99	6,63	13,31
Total	100	100	-	100	100	100	100

Services mobiles

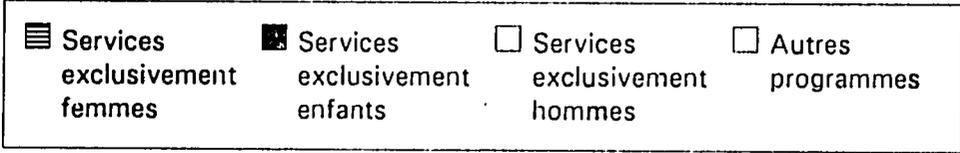
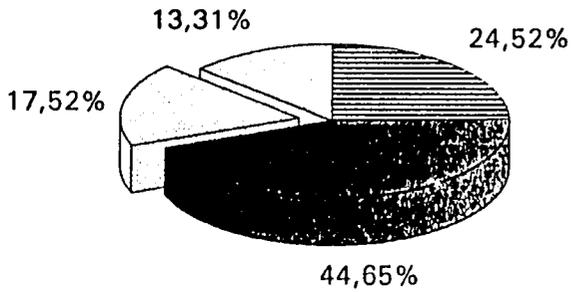
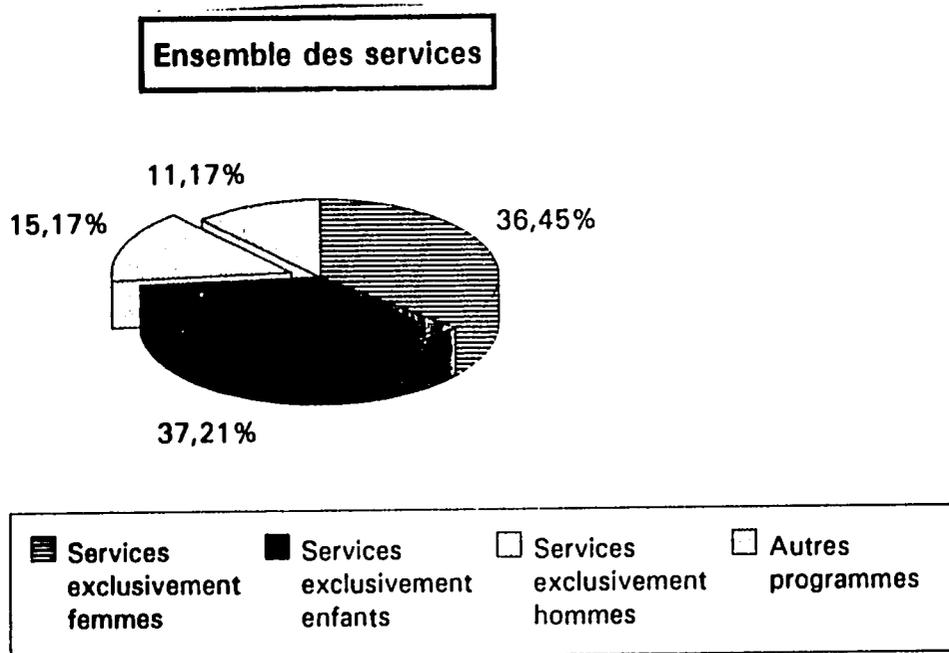


Tableau n° 19

La part (%) de tous les services exclusivement réservés aux femmes et aux enfants, 1989							
	CSU	DU	CRPF	CSR	DR	DRB	TOTAL
Services exclusivement femmes							
Soins curatifs	24,08	20,7	0	24,42	12,89	10,1	20,69
P.S.G.A.	1,56	7,88	0	3,31	7,34	7,29	3,94
P.F.	5,74	7,87	100	7,08	12,27	22,7	11,82
Sous total	31,38	36,45	100	34,81	32,5	40,09	36,45
Services exclusivement enfants							
Soins curatifs	21,03	14,71	0	14,96	6,64	8,83	15,84
Hygiène scolaire	14,12	4,29	0	2,42	2,79	3,42	6,71
P.N.I.	6,86	9,24	0	3,2	13,98	10,47	6,6
P.L.M.D.	0,91	4,21	0	1,72	4,8	2,07	2,14
P.L.M.C.	1,92	4,54	0	12,43	5,74	3,88	5,92
Sous total	44,84	36,99	0	34,73	33,95	28,67	37,21
Femmes + Enfants	76,22	73,44	100	69,54	66,45	68,76	73,66
Services exclusivement hommes							
Soins curatifs	17,69	14,51	0	15,4	14,29	11,56	15,17
Autres programmes	6,09	12,05	0	15,06	19,26	19,68	11,17
Total	100	100	100	100	100	100	100

Selon le tableau n° 19, les services réservés aux femmes et aux enfants (70 % de la population) représentent 73,66 % du coût de tous les services, tandis que ceux réservés exclusivement aux hommes (30 % de la population) représentent seulement 15,17 % des frais. Les services qui ne sont pas destinés à un âge ou à un sexe spécifique, telles l'hygiène scolaire, la lutte anti-paludique et la lutte anti-tuberculeuse représentent le reste (11,7 %).



La part des activités fixes au profit des femmes et des enfants est la plus faible dans les dispensaires ruraux de base (63,4 % et 66,5 %) par comparaison aux autres établissements. Cela est probablement dû aux contraintes de déplacement rencontrées par les femmes en milieu rural (tableau n° 17).

Le fait que le coût des services dispensés aux femmes et aux enfants représentent des parts plus élevées dans les coûts des activités mobiles laisse à supposer que les femmes et les enfants bénéficient davantage des services grâce aux visites à domicile (tableau n° 18).

ANNEXE A

DEFINITIONS

Activités directes

Ce sont toutes les activités relatives aux programmes sanitaires.

Activités indirectes

Autres activités comme le triage, les supports d'information et le temps d'attente.

Consultation médicale

Consultation réalisée par un médecin .

Consultation para-médicale

Consultation réalisée par le personnel para-médical.

Soins

Peuvent être réalisés soit par le médecin (soins complexes) soit par le personnel para-médical (injection, pansements, infections, lavage d'oreilles).

IEC

Information-Education-communication : c'est une activité tendant à expliquer et à motiver le patient.

ES

Toute forme d'échange verbal liée au travail du personnel.

Communication/information

Communication entre le personnel sur le lieu de travail et communication au téléphone.

Formation/recyclage du personnel

C'est une activité structurée.

Inscription

Toute inscription liée à un patient sur carnet de santé, ordonnance, fiche, registre.

Prélèvements

Goutte épaisse, crachats, sang, mucus.

Contrôle/supervision

Contrôle et supervision du travail réalisé par le personnel.

Préparation du travail

Préparation du matériel et des locaux.

Activité administrative

Activité administrative, intendance.

Supports informationnels

Activité de recueil et établissement de données statistiques et des rapports périodiques.

Relation de coordination inter-sectorielle

Coordination avec les représentants des autres Ministères (Intérieur, Collectivités Locales, Agriculture, Travaux Publics...).

P.F.A.

(Patient Flow Analysis). C'est l'interaction entre les patients et le personnel.

A.A.P.

Analyse de l'Afflux des Patients.

LISTE DES ACTIVITES RETENUES POUR L'ETUDE DU COUT

Consultation	Consultation hommes diagnostic, examen, inscription Consultation femmes diagnostic, examen, inscription Consultation enfants excepté l'hygiène scolaire
Soins	Soins hommes pansements, injections, distribution de médicaments (hors programme) Soins femmes Soins enfants
Programmes sanitaires	<ul style="list-style-type: none"> * Hygiène du milieu - dépistage et surveillance - assainissement des gîtes larvaires - contrôle de l'eau et traitements des puits - désinsectisation/Dératisation - surveillance hydrique - contrôle de salubrité - contrôle de l'hygiène alimentaire * Hygiène scolaire - Consultation para-médicale - Contrôle des cantines scolaires - Surveillance des colonies des vacances et internat - Education sanitaire scolaire - Examen médical systématique - Inscription - Soins <ul style="list-style-type: none"> * Lutte antipaludique - Distribution de médicaments - Goutte épaisse - Inscription - Assainissement de gîtes larvaires - Enquête * Lutte anti-hillarzirose - Distribution de médicaments - Prélèvement - Inscription - Assainissement de gîtes larvaires - Enquête * Lutte anti-tuberculose - Prélèvement de crachat - Distribution de médicaments - Inscription - Visite de relance et enquête - Soins * Diabète * Hypertension * Rhumatismes articulaires aigus * Maladies sexuellement transmissibles

LISTE DES ACTIVITES RETENUES POUR L'ETUDE DU COUT (suite)

Autres programmes	y compris les maladies disposant de ressources propres et d'une organisation spécifique de travail.
S.M.I.	<ul style="list-style-type: none"> * P.N.I. - inscription - injection - I.E.C. - visite de relance - autres * P.L.M.D. - inscription - distribution du S.R.O. - I.E.C. * P.L.M.C. - consultation/examen - pesée - distribution et démonstration de farine enrichie - distribution de comprimés de fer - inscription - I.E.C.
Planification familiale	<ul style="list-style-type: none"> * Consultation P.F. - interrogatoire - examen - visite de contrôle * I.E.C. P.F. - motivation * Inscription P.F. * Pilule N.A. (nouvelle acceptante) * Pilule A.A. (ancienne acceptante) * Condom * D.I.U. - insertion - réinsertion - retrait * Autres méthodes P.F. - ligature des trompes * Référence P.F. - D.I.U. - ligature des trompes

LISTE DES ACTIVITES RETENUES POUR L'ETUDE DU COUT (suite)

Programme de suivi de la grossesse et de l'accouchement (PSGA)	<ul style="list-style-type: none">* Consultation PSGA<ul style="list-style-type: none">- interrogatoire * Examen PSGA<ul style="list-style-type: none">- taille- poids- mesure de la hauteur utérine- examen physique extérieur- toucher vaginal- tension artérielle- battement du coeur du foetus * Test PSGA<ul style="list-style-type: none">- Test sanguin- Glycémie- Albumine * Vaccin anti-tétanos ou autre * I.E.C. PSGA * Inscription PSGA * Accouchement * Examen post-accouchement * Visite de relance PSGA
---	---

LISTE DES ACTIVITES RETENUES POUR L'ETUDE DU COUT (suite)

<p>Activités indirectes</p> <p>* Triage</p> <p>* Support informationnels - statistiques périodiques - enquête</p> <p>* Préparation du travail - approvisionnement en médicaments et en matériels - nettoyage des locaux et du matériel - préparations des instruments du travail - reconnaissance géographiques du sous-secteur (itinérant)</p> <p>* Activités administratives - Activités de gestion - intendance - certificats médicaux</p> <p>* Contrôle/Supervision y compris agent communautaire et accoucheuse traditionnelle</p> <p>* Communication/Information - communication entre le personnel lors du travail - communication au téléphone - visite de délégués médicaux</p>	<p>* Formation/Recyclage du personnel - lecture d'information - formation structurée - formation sur le tas</p> <p>* Education sanitaire pour un public large</p> <p>* Activité non sanitaire - relation de coordination intersectorielle - activités ludiques (fêtes,...)</p> <p>* Temps d'attente</p> <p>* Temps personnel Repas, boissons, toilettes, activités personnelles</p> <p>* Temps de déplacement Voyages, pannes, maintenance, essence, déplacement à l'intérieur d'un établissement</p> <p>* Congé</p> <p>* Absence notamment pour maladies</p> <p>* Autres Activités indirectes Décrire l'activité sur fiche.</p>
---	---

CODES DES ETABLISSEMENTS

SALE (Formation)

- 01- Centre Santé Urbain (Tabriket)
- 02- Dispensaire Urbain (Douar Cheikh Lamfadal)
- 03- Dispensaire Rural (Bouknadel)
- 04- Centre de Référence (Bettana)

AGADIR

- 11- Centre Santé Urbain (Inezgane)
- 12- Dispensaire Urbain (Quartier Industriel)
- 13- Dispensaire Rural (Aït Amira)
- 14- Centre Santé Rural (Biougra)
- 15- Dispensaire Rural de Base (Taallat)
- 16- Centre de Référence (Agadir)

BEN SLIMANE

- 21- Centre Santé Urbain (Ben Slimane)
- 22- Dispensaire Urbain (Incorporé au niveau du C.S.U.)
- 23- Dispensaire Rural (Incorporé au C.S.R. Bouznika)
- 24- Centre Santé Rural (Beni Yakhlef)
- 25- Dispensaire Rural de Base (Mansouria)
- 26- Formation à sélectionner (ou Equipe Mobile)

KENITRA

- 31- Centre Santé Urbain (Mohamed Diouri)
- 32- Dispensaire Urbain (El Khansaa)
- 33- Dispensaire Rural (Souk Tlat)
- 34- Centre Santé Rural (Lalla Mimouna)
- 35- Dispensaire Rural de Base (Mgadid)
- 36- Centre de Référence (Hôpital Drissi)

ANNEXE B

Il s'agit d'évaluer le temps passé par le personnel dans l'exécution de chaque activité de soins de santé durant leur travail.

GUIDE DE L'ENQUÊTEUR

1- Rappel des objectifs de l'enquête :

Il s'agit d'évaluer le temps requis pour réaliser des activités de soins de santé de base dans les provinces de Kénitra, de Ben Slimane et Agadir. Ces mesures serviront notamment à l'estimation des coûts des programmes sanitaires du Ministère de la Santé Publique sur la base des statistiques enregistrées.

Exemple :

Si 20 % du temps d'un centre de santé est consacré au programme sanitaire planification familiale, on considérera alors que le coût de cette activité représente 20% des coûts variables;

2- Méthodologie d'enquête :

L'enquête sera réalisée auprès de chaque type d'établissement de soins de santé primaire sur chacune des provinces retenues, à l'exception de l'hôpital rural.

Différentes méthodes d'évaluation des structures d'emploi du temps seront utilisées selon le type d'activités et le type d'établissement de façon à couvrir la totalité des stratégies fixes et mobiles.

La méthodologie d'enquête est donc une combinaison de différentes méthodologies testées à savoir :

- L'observation directe à intervalles fixes qui étudiera les activités en mode fixe pendant les heures normales de travail.

- La méthodologie P.F.A. qui étudiera de manière approfondie les activités du planning familial et du programme de suivi de la grossesse et de l'accouchement en mode fixe pendant les heures normales de travail.

- L'auto-évaluation pour les activités en mode mobile et pour toutes les activités en dehors des heures normales.

Les formulaires d'enquête différent selon la méthodologie utilisée.

3 - Durée d'enquête :

Chaque établissement est observé durant la journée de travail pendant une semaine ouvrable (5 jours à l'exception du samedi et du dimanche).

4 - Préparation de l'enquête

La mise en place du dispositif de l'enquête nécessite une réunion préalable d'explication et de sensibilisation du personnel médical et para-médical. Cette réunion sera tenue la veille du lancement de l'enquête par les superviseurs et les enquêteurs le dimanche après-midi (prévoir deux heures).

Ainsi lors des réunions d'informations préalables il faut s'assurer du concours de tous les membres du personnel, en expliquant de façon claire la méthodologie utilisée, les objectifs à atteindre et surtout il faut veiller à dissiper toute sorte de malentendus concernant l'enquête.

IL ne s'agit aucunement de contrôler les activités et les temps de travail du personnel mais d'évaluer le coût des programmes sanitaires.

Le superviseur devra être disponible pour d'éventuelles explications supplémentaires lors des deux premiers jours de la semaine d'investigation dans chacune des provinces.

Il est donc recommandé aux superviseurs et aux enquêteurs de mettre en place leur dispositif avant le commencement des activités des établissements des soins de santé primaire. Il est conseillé de se loger et de se nourrir de préférence sur le lieu même de l'enquête afin d'éviter tout problème de transport. En effet, tout retard peut être préjudiciable à la collecte des données. Il faut veiller à ne pas changer les habitudes de travail du personnel.

5 - Conduite de l'enquête par les superviseurs :

Le superviseur sera chargé de veiller au bon remplissage des questionnaires notamment des fiches "P.F.A" pour le programme de planning familial et des fiches "auto-évaluation" pour les activités mobiles.

Il sera ainsi amené à sortir pour vérifier le déroulement de l'enquête sur les centres qui sont sous sa responsabilité.

6 - Présentation des approches méthodologiques et remplissage des formulaires d'enquête :

a - Observation directe

Cette méthode consiste à noter à des intervalles de temps réguliers (toutes les 2 minutes) les activités réalisées à un instant précis par le personnel médical et paramédical de l'établissement.

Elle nécessite une connaissance des lieux, des activités et des postes de travail.

Cette méthode sert à collecter un grand nombre de données relatives aux activités du personnel ce qui permet d'améliorer la fiabilité des résultats et de pouvoir "extrapoler" par la suite de façon correcte. Elle n'est toutefois valable que pour les activités fixes.

L'enquêteur qui sera chargé d'appliquer cette technique devra noter à chaque passage le code des activités de chaque membre du personnel. L'enquêteur doit veiller à ne pas déranger le personnel durant le travail.

Néanmoins il pourra poser des questions dans le cas où l'activité réalisée n'est pas reconnue.

Il circulera donc à travers les différents postes de travail de l'établissement. Il inscrira l'heure de début et de fin d'une séquence de passage.

Il veillera particulièrement au respect de l'ordre numérique de passage afin d'avoir une base de comparaison correcte.

En cas d'absence d'un agent de son poste de travail, il faut le rechercher. On notera "temps personnel" si l'agent n'est pas retrouvé.

b - Méthodologie P.F.A.

Cette méthodologie est une version simplifiée de la méthodologie dite d'Atlanta (Patient Flow Analysis) qui étudie les relations entre les patients et le personnel.

Elle a pour avantage de pouvoir **DECRIRE DANS LE DETAIL ET EN PROFONDEUR** les activités réalisées avec un patient.

Elle s'applique en mode fixe.

Elle n'est utilisée que pour les programmes de planification familiale et de surveillance de la grossesse et de l'accouchement.

Les fiches seront remplies par le personnel MSP des centres de référence et des services SMI.

Une enquêtrice devra veiller au bon remplissage des fiches. le personnel inscrira le n° du patient, l'établissement et son code, la date (jour et mois), le code de l'activité, le code personnel, l'heure de début et de fin de chacune des activités réalisées selon le canevas des activités P.F et P.S.G.A .

Chaque ligne de la fiche "P.F.A." correspond à une activité et une seule. Ainsi un membre du personnel pourra être enregistré 4 fois s'il pratique 4 activités avec le même patient.

En cas de référence vers un autre membre du personnel, le patient portera, sa fiche avec lui et la fera remplir. Le dernier membre du personnel qui examinera le patient devra garder cette fiche.

c - L'auto-évaluation

Cette méthodologie consiste en un auto-remplissage et une auto-évaluation des temps consacrés aux activités réalisées.

Elle est particulièrement adaptée aux activités mobiles car elle est d'un usage simple et évite ainsi l'affectation d'un enquêteur au personnel itinérant.

Il existe une seule fiche valable pour les trois types de stratégie de couverture : l'itinérance par visites à domiciles, l'itinérance par point de contact et l'équipe mobile.

Elle servira aussi à enregistrer les activités particulières du personnel en dehors des heures normales de travail (accouchement ou urgence la nuit...).

Ces fiches sont à remplir quotidiennement par les infirmiers itinérants. Ceux-ci doivent remplir la fiche d'auto évaluation au fur et à mesure de l'exécution des activités.

Lors d'une sortie en équipe mobile, chaque membre du personnel remplira sa fiche individuelle.

Le personnel itinérant indiquera son nom, son code, l'établissement dont il relève et la date de sortie. Il codifiera l'activité selon la nomenclature en bas de page en indiquant l'heure de début et l'heure de fin.

Le superviseur devra lui aussi contrôler le code des activités et calculer le décompte horaire.

Il veillera aussi au bon approvisionnement des enquêteurs.

RAPPEL DES TACHES DES SUPERVISEURS

Travail préalable :

- Sensibiliser les responsables de chaque formation aux objectifs de l'enquête et au programme de travail de la semaine.

- Fixer l'heure et le lieu de réunion pour sensibiliser le personnel de chaque formation sur les objectifs de l'enquête. Ces réunions doivent être fixées de préférence le dimanche après-midi et dureront environ deux heures.

Le personnel médical et para-médical doit être formé pour le remplissage correcte des fiches d'auto-évaluation et pour l'interprétation des codes d'activités. En plus , le personnel SMI recevra une formation complémentaire pour le remplissage des fiches P.F.A.

- Vérifier que les enquêteurs sont correctement logés et à proximité des établissements pour commencer à l'heure le travail de collecte de données.

- Recenser le personnel permanent de chaque formation à l'aide des fiches prévues à cet effet, en numérotant chaque agent. Ces numéros serviront de code personnel pendant l'enquête.

- Donner à chaque membre du personnel une fiche "Auto-évaluation" pour enregistrer ses activités en dehors des heures normales de travail. Les agents itinérants et les membres des équipes mobiles doivent être dotés de plusieurs exemplaires de cette fiche. Le superviseur doit écrire le nom et le code personnel de chaque membre du personnel sur les fiches avant de les remettre.

- Déterminer l'ordre de passage pour les observations directes pour chaque formation. Diviser les membres du personnel en deux si leur nombre dépasse onze (le nombre maximum des personnes qu'on peut observer avec une seule fiche).

- Préparer et distribuer aux enquêteurs une quantité suffisante des fiches "observation directe" pour chaque jour de l'enquête, avec le nom et le code de l'établissement ainsi que les noms du personnel et les codes personnels inscrits à l'avance.

Travail quotidien :

- S'assurer que les enquêteurs ont commencé leur travail avant l'heure normale de travail de la formation.

- Visiter chaque formation sous sa responsabilité au moins deux fois par jour (le matin et l'après-midi) pour contrôler le travail des enquêteurs et pour répondre aux questions qui peuvent se poser.

- Contrôler la qualité des fiches "Observation Directe" et "P.F.A." pour s'assurer qu'elles ont été correctement remplies. Dans le cas contraire les corriger.

- Collecter les fiches "Auto-Evaluation" du personnel itinérant à la fin de chaque journée et les contrôler pour s'assurer de leur qualité et de leur cohérence.

- Examiner les fiches "Auto-Evaluation" du personnel non-itinérant pendant la semaine pour s'assurer de leur qualité et de leur cohérence.

- Faire le décompte horaire des fiches "P F.A" et "Auto-Evaluation" à la fin de la journée.

- Remplir la fiche "Récapitulatif des heures du travail" chaque soir pour chaque membre du personnel. Ajuster les fiches "Observation Directe" pour qu'elles soient cohérentes avec les fiches "Auto-évaluation".

Si un membre du personnel a été considéré comme absent alors qu'il était en itinérance, il faut corriger le code "absence" sur la fiche "Observation Directe".

Travail à la fin de la semaine:

- Collecter les fiches "Auto-Evaluation" de tout le personnel de formation en utilisant la fiche de recensement de chaque formation pour s'assurer que personne n'a été oublié.

- Terminer tout le travail de décompte horaire des fiches "Auto-Evaluation" et "P.F.A."

- Contrôler et assembler toutes les fiches de l'enquête et s'assurer que toute l'information a été enregistrée.

ANNEXE C

Fiche d'observation directe

Fiche N° :

Province :

Etablissement :

Nom de l'enquêteur :

Date :/../....

Heure début	Heure fin

Fiche d'auto-évaluation des activités mobiles (Patient Flow Analysis) (Itération entre les Patients et le Personnel)

Fiche N° :

Province :

Etablissement :

Nom du patient :

Date : .././....

	Code activité	Code personnel	Décompte horaire	Heure				Heure			
				Début	Fin	Début	Fin	Début	Fin	Début	Fin
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											

Fiche d'auto-évaluation des activités mobiles

Fiche N° :

Province :

Etablissement :

Non :

Date :/../....

Codification de l'activité	Décompte horaire	Heure début	Heure fin	Codification de l'activité	Décompte horaire	Heure début	Heure fin

Fiche de Travail Collecte de Statistiques de Service

Fiche établie par :

Formation :

Province :

	Semaine de		L'année 1989		Obser.
	Fixe	Mobile	Fixe	Mobile	
Lutte Contre l'hypertension # Tensions mesurées					
Hygiène Scolaire # Elèves Ex. (med/p) # Contrôle visuel					
Hygiène de Milieu # Etab. Alim. Insp. # Pt. Eau désinf.					
PNI # Prestations vaccinales # Ref Vac Mob (ttes sortes)					
PLMD # Enfants traités # Démonstrations (SRO) # Sachets SRO Distrib.					
PLMC # Enfants pesés # Démonstrations # Sachets Actamine Dstr # Sterogyl Distribués					
PF # Visites Initiales # DIU (inser + reins) # DIU (retraits) # Cons. Pil Init (nv acc) # Cons Pil Ret (utiltre) # Visites Condoms (init) # Visites Condoms (ret) # Condoms distribués # Plaqs. Pilules Distr. # Ref. Mob. (DIU) # Ref. Ligature Trompe					
PSGA # Visite Pré-Natale # Visite Post-Natale # Vacc. anti Tétan.					

	Fixe	Mobile	Fixe	Mobile	
Consultations Médicales hommes femmes enfants					
Consultations Para-Méd. hommes femmes enfants					
Soins hommes femmes enfants					
Injections hommes femmes enfants					
Lutte Antipaludique # Lames (goutte ep.) # Gîtes Prospectes					
Lutte Anti-Bilharziose # Prèlev. Urine # Gîtes Inspectes					
Lutte Anti-Tuberculose # Crachats (Lames prep.) # Malades prises en chg.					
Lutte Contre le Diabète # Injection d'Insuline					

Veuillez noter que si les catégories ne s'appliquent pas à votre formation, il faut mettre N.A. (non applicable) dans ces cases. Exemples: S'il n'y a pas de bilharziose chez vous, mettez N.A. dans toutes les cases Lutte Anti-Bilharziose.

Fiche de Travail
Collecte des Données Financières

Liste établie par :

Nom de Formation :

Province :

LISTE D'EQUIPEMENT MEDICAL ET MATERIEL
TECHNIQUE DURABLE 1989

Désignation	QTE	PU	PT	Observation
Abaisse Langue en Acier				
Accumulateurs				
Appareil à Tension				
Armoire à Med. (2 portes)				
Aspirateur (2 FL) él.				
Balance Adulte*				
Balance Pesée Bébé*				
Bassin de lit				
Bassine en fer (50 cm)				
Bancard Pliant Métalliq.				
Binette avec manche				
Bocal en verre gradué				
Blouse de corvée Blanche				
Blouse de corvée Bleue				
Blouse d'infirmière				
Boîte Autoclave (120*140)				
Boîte Instruments (GM/PM)				
Boîte pour Seringues (GM/PM)				
Calot d'infirmier				

* En cas d'équipement important (eg. stérilisateur, réfrigérateur, table gynécologique, etc.), veuillez citer la marque, modèle, et année de fabrication à la colonne observations.

**LISTE D'EQUIPEMENT MEDICAL ET MATERIEL
TECHNIQUE DURABLE 1989**

Désignation	QTE	PU	PT	Observation
Casque				
Chariot roulant				
Ciseaux de couturière				
Clef à Griffes				
Cocotte à vapeur GM ou PM				
Congélateur				
Corbeille à papier				
Couvertures mi-laine ad.				
Couvre lit coton 240*160				
Cuvette (inox ou plast.)				
Draps (adult ou enfant)				
Entonnoir (verre ou plast.)				
Escabeau Mét.				
Flacon verseur				
Guéridon Roulant en tôle				
Haricot				
Hotte à linge				
Inhalateur				
Lampe d'examen				
Lampe à Alcool				
Lit de camp				
Machine à laver (él. 5kg)				
Marteau à réflexe (enf./ad.)				
Matelas (GM ou PM)				
Mètre Ruban				

Fiche de Travail
Collecte des Données Financières

LISTE D'EQUIPEMENT MEDICAL ET MATERIEL
TECHNIQUE DURABLE 1989

Désignation	QTE	PU	PT	Observation
Oreiller Kapok				
Paravent Métallique				
Pelle à poussière				
Pelvimètre				
Peson				
Pinces à _____ Pinces à _____ Pinces à _____ Pinces à _____				
Plateau a instrument 24*30				
Portes Vaccins				
Poubelle (GM ou PM)				
Pulvérisateur à liquide				
Réchaud à gaz (2 feux)				
Réfrigérateur (él. ou gz.? 230 litres)				
Sacoche pour inf. brev.				
Sarrau de médecin				
Seau Galvanisé				
Sommiers Métallique				
Sonde Canulé				
Spéculum				
Stérilisateur (él. ou gz.)				
Stéthoscope				

Fiche de Travail
Collecte des Données Financières

**LISTE D'EQUIPEMENT MEDICAL ET MATERIEL
TECHNIQUE DURABLE 1989**

Désignation	QTE	PU	PT	Observation
Table gynécologique*				
Table d'examen Kermission*				
Table roulante (2 étages)				
Tablier d'infirmier				
Tablier de médecin				
Taie d'oreiller				
Tenaille				
Tire lait				
Toile cirée (rouleau 25m)				
Toile Pour Paravent				
Toise Pour Adulte				
Traversin Kapok en 90 cm				
Vitrine à instruments (1 porte)				
Voile d'infirmière				
Autres à préciser				

En cas d'équipement important (eg. stérilisateur, réfrigérateur, table gynécologique, etc.), veuillez citer le marque, modèle, et année de fabrication à la colonne observations.

Fiche de Travail

Collecte des Données Financières

Liste établie par : Nom de Formation :

Province :

LISTE DU MATERIEL DE BUREAU DURABLE 1989

Désignation	QTE	PU	PT	Observations*
Aggrafeuse				
Armoire vestiaire (sp/dbt)				
Banc Semi-Metallique				
Bureau du Major				
Bureau du Médecin				
Chaise Bur. Semi-Metalliq.				
Chaise visiteur				
Classeur métallique				
Drapeau National				
Fauteuil Visiteur				
Machine à calculer élect.*				
Machine à écrire P. Ch.*				
Mégaphone				
Porte Manteau				
Portrait de S.M. Le Roi				
Projecteur Diapo.				
Radiateur Electrique*				
Table de décharge				
Tableau d'affichage				
Tabouret				
Autres à préciser _____				

* Pour les cas de matériel important comme radiateur, machine à calculer, projecteur etc, veuillez citer la marque, modèle, et année de fabrication.

Fiche de Travail
Collecte des Données Financières

Liste établie par : Nom de Formation :
Province :

PRODUITS ET FOURNITURES TECHNIQUES CONSOMMES
(PAR PROGRAMME) 1989

Désignation	QTE	PU	PT	Observation
PNI No. dose DT Coq No. dose Polfo No. dose VAR No. dose VAT No. dose BCG No. dose Tuberculine Autres à préciser				
PSGA Formol (litre) Labstix (bte. de ...) Mereryl Guide Surveillance Grosse. Autres à préciser				
PLMD SRO Sachets Autres à préciser				
PLMC Actamines Sachets Stérogyl ampoule Autres à préciser				
LAP No. Lames Malocide 50 mg. Nivaquine 300 mg Carnet A 20 Autres à préciser				

NB: Attention, il ne faut pas compter deux fois le même produit (càd: les éléments déjà cités sur la liste de médicaments consommés ou celle d'équipement médical ne doivent pas être mentionnés une deuxième fois ici.

Fiche de Travail

Collecte des Données Financières

Liste établie par : Nom de Formation :
 Province :

PRODUITS TECHNIQUES ET FOURNITURES CONSOMMES (PAR PROGRAMME) 1989

Désignation	QTE	PU	PT	Observation*
PF Condoms DIU Lofemerol Ovrettes Autres à préciser _____ _____				
LAT INH PZA Rifinah 300 Rifinah 150 Streptomycine Carnet Basilloscopie Autres à préciser _____ _____				
Hygiène milieu Eau de Javel (litre) Chlore Autres à préciser _____ _____				
Hygiène scolaire Pommade Ophtal. 1% tube Autres à préciser _____ _____				

* S'il y a d'autres programmes qui ont envoyés d'autres produits techniques durant l'année 1989, veuillez les citer sur une autre feuille de papier.

Fiche de Travail

Collecte des Données Financières

Liste établie par :

Nom de Formation :

Province :

LISTE DE FOURNITURES DE BUREAU (FONGIBLE) CONSOMMEES EN 1989

Désignation	QTE	PU	PT	Observations
Ampoules				
Cahier de 100 pages				
Cahier Palmier (GM ou PM)				
Carnet (bon pour)				
Chemises Cartonées				
Colle				
Crayons				
Dateur				
Encreur				
Enveloppes (unités)				
Epingles (bt. de)				
Feutres				
Gommes				
Papier collant (scotch)				
Papiers (rames)				
Puncuse (bt. de)				
Papier Carbone (feuilles)				
Registre grand modèle				
Règle en plastique				
Stylos				
Trombone (bt. de)				
Autres à préciser				

Fiche de Travail

Collecte des Données Financières

Liste établie par :

Nom de Formation :

Province :

LISTE DE MATERIEL MEDICAL (FONGIBLE) 1989

Désignation	QTE	PU	PT	Observations
Abaisse langue ad. (bois) (Boîte de)				
Abaisse langue enfant (Boîte de paires)				
Doigtier Caoutchouc (2 dgt) (Boîte de paires)				
Doigtier Caoutchouc (1 dgt) (Boîte de paires)				
Gants en Latex (Boîte de paires)				
Seringues à _____ Seringues à _____ Seringues à _____ Seringues à _____ Seringues à _____				
Thermomètres				
Autres à préciser _____ _____ _____				

NB : Attention, il ne faut pas compter deux fois le même produit (càd. les éléments déjà cités sur la liste de médicaments consommés ou celle de produits et fournitures techniques de programme) ne doivent pas être mentionnés une deuxième fois ici.

Fiche de Travail
Collecte des Données Financières

LISTE DE MOYENS DE MOBILITE EN 1989
(y compris leur coût de fonctionnement)

Désignation	QTE	PU	PT	Observation
Vélocycle : _____ (marque/modèle/année) Essence (litres) Total pièces de rech. Entretien (main d'oeuv.)				
_____ (marque/modèle/année) Essence (litres) Total pièces de rech. Entretien (main d'oeuv.)				
Autres à préciser : _____ (marque/modèle/année) Essence (litres) Total pièces de rech. Entretien (main d'oeuv.)				
_____ (marque/modèle/année) Essence (litres) Total pièces de rech. Entretien (main d'oeuv.)				

* Veuillez citer le nombre de kilomètres parcouru en 1989 et le kilométrage existant le 31 décembre 1989.

Fiche de Travail

Collecte des Données Financières

Liste établie par :

Nom de Formation :

Province :

LISTE DE MOYENS DE MOBILITE EN 1989

(y compris leur coût de fonctionnement)

Désignation	QTE	PU	PT	Observations*
Voitures : _____ (marque/modèle/année) Essence (litres) Lubrifiants Total pièces de rech. Entretien (main d'oeuv.)				
_____ (marque/modèle/année) Essence (litres) Lubrifiants Total pièces de rech. Entretien (main d'oeuv.)				
_____ (marque/modèle/année) Essence (litres) Lubrifiants Total pièces de rech. Entretien (main d'oeuv.)				
Voitures : _____ (marque/modèle/année) Essence (litres) Lubrifiants Total pièces de rech. Entretien (main d'oeuv.)				

* Veuillez citer le nombre de kilomètres parcouru en 1989 et le kilométrage existant le 31 décembre 1989.

Fiche de Travail

Collecte des Données Financières

Liste établie par :

Nom de Formation :

Province :

LISTE DE MEDICAMENTS ET FOURNITURES MEDICALES (NON-PROGRAMMES) CONSOMMES EN 1989

DESIGNATION	Conditionnement	QUANTITE CONSOMMEE PAR MOIS												QTE TTL	PU	PT		
		J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D					
Aspirine Comprimés	Bte 1000																	
Aspirine Suppos.	Bte 50																	
Aldomet Comp.	Bte 500																	
Atropine Inj.																		
Auréomycine 0.30 %	Unité																	
Bipencilline 1m	Bte 50 fl																	
Buscopan Ampoule	Bte 6 am																	
Bleu de Méthyle	Litre																	
Chloramphénicol	Bte 100																	
Cortonal Comp.	Bte 100																	
Donil	Bte 30 cp																	
Extencilline 1200	Bte 50 fl																	
Extencilline 600	Bte 50 fl																	
Flagyl	Bte 100 cp																	

**LISTE DE MEDICAMENTS ET FOURNITURES MEDICALES
(NON-PROGRAMMES) CONSOMMES EN 1989**

DESIGNATION	Conditionnement	QUANTITE CONSOMMEE PAR MOIS												QTE TTL	PU	PT		
		J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D					
Glibenclamide Cp.	Bte. 30 cp.																	
GardénaI 0.50	Bte. 1000 cp.																	
Glucose à 5 % (?)																		
GrésioIfovime 500g	Bte. 100 cp.																	
Hydrocortisone 100mg	Bte. 50 amp.																	
Hostocycline 500mg	Bte. 100 cp.																	
Insuline Ordinaire	Unité																	
Insuline Retard	Unité																	
Insuline semi Lente	Unité																	
Lasilix Cp.	Bte. 100 cp.																	
Maalox Comprimé	Bte. 200 cp.																	
Phénérgan Suppo.	Bte. 50																	
Primperan	Bte. 12 amp.																	
Pommade d'iosine	Bte. 250 g.																	
Pommade de zinc	Bte. 250 g.																	
Pommade d'alibour	Bte. 250 g.																	
Suppo. Anti-Hemorr.	Bte. 50																	
Suppo. Pulm. enfant	Bte. 50																	

Fiche de Travail Collecte des Données Financières

Liste établie par :

Nom de Formation :
Province :

LISTE DE MEDICAMENTS ET FOURNITURES MEDICALES (NON PROGRAMMES) CONSOMMES EN 1989

DESIGNATION	Conditionnement	QUANTITE CONSOMMEE PAR MOIS												QTE TTL	PU	PT	
		J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D				
Sérum Anti-Tétanique	Bte. 10 amp.																
Thélophiline Suppo.	Bte. 50																
Thélophinile Amp.	Bte. 5 amp.																
Xylocaïne	Bte. 10 fl 10 ml																
Autres à préciser																	
_____	_____																
_____	_____																
_____	_____																
_____	_____																
_____	_____																
_____	_____																

LISTE DE MEDICAMENTS ET FOURNITURES MEDICALES (NON PROGRAMMES) CONSOMMES EN 1989

DESIGNATION	Conditionnement	QUANTITE CONSOMMEE PAR MOIS												QTE TTL	PU	PT		
		J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D					
Alcool Iode	Litre																	
Bande en gaze	Pt. 50 unité																	
Biogaz Pansement	GM																	
Bleu de Meth.	Litre																	
Compresse en 35 * 45	Pt. 100 Unité																	
Coton Hydro 250	Unité																	
Coton cord 500	Unité																	
Eau distillée	Bte.																	
Fil de lin	Bte. de																	
Formol	Bte. de 500																	
Labsix	100																	
Sparadraps 0.18																		
Sparadraps 0.07																		
Vaseline Blanche																		
Violet de Gentian	Litre																	
Autres à préciser																		
_____	_____																	
_____	_____																	

Fiche de Travail

Collecte des Données Financières

Liste établie par :

Nom de Formation :

Province :

PRODUITS D'HYGIENE CONSOMMES EN 1989

Désignation	QTE	PU	PT	Observation
Alcool à brûler (litre)				
Balai à coco				
Balai garde robe				
Balai Paille de riz				
Balayette W.C.				
Eau de Javel (litre)				
Eponge double 180 * 95				
Fly-tox (litre)				
Grésil (litre)				
Gex (fin)				
Nab				
Papier Hygiénique				
Pompe-Pulvérisateur				
Raclette				
Sanicroix (litre)				
Savon Morceau (bte 250g)				
Savon Liquide				
Savon Poudre				
Serpillière (50 * 80)				
Torchon (simple ou double)				
Autres à préciser				

* Pour les cas de matériel important comme radiateur, machine à calculer, projecteur etc, veuillez citer la marque, modèle, et année de fabrication.

Fiche de Travail Collecte des Données Financières

Liste établie par : Nom de Formation :
Province :

* Bâtiments et Terrains

Type de Bâtiment	Dimensions M	Matériaux de construction					Date de const.	Obsers.
		Toit			Murs			
		Dalle	Tuile	Tôle	En dur	préfab.		
#1								
#2								
#3								
#4								
#5								
#6								

Terrain	La superficie de l'enceinte (longueur * largeur)

* Y compris les maisons des m^édecins, des infirmiers et tout personnel de la formation qui logent dans les bâtiments du gouvernement.

Fiche de Travail
Collecte des Données Financières

Liste établie par : Nom de Formation :
Province :

Services Publics Consommés en 1989

FORMATIONS	EAU	ELECTRICITE	TELEPHONE	FRAIS POSTE	GAZ BUTANE	OBSERVATIONS
Centre de ref.						
Centre de Santé Urbain						
Dispen. Urbain						
Centre de Santé Rural						
Dispen. Rural						
Dispen. Rural de Base						

Bureau Med. Provincial (Cheferie)	
Bureau SIAAP (Cheferie)	
Laboratoire SIAAP	
Service Entretien	
Parc Auto	
Autres à préciser	

PROGRAMME DE LA PREPARATION DE L'ETUDE

Lundi 12 Février :

- 9 h : Ouverture
- 9h 30 : Présentation des objectifs de l'enquête et des méthodologies d'enquête
- . Observation Directe
 - . Auto-Evaluation
 - . P.F.A.
- 10h : . Plan d'action de l'enquête
. Rôle et responsabilité des superviseurs
. Rôle et responsabilité des enquêteurs
- 10h 30 : Pause
- 10h 45 : Discussion sur les activités et les codifications
- 12h 30 : Déjeuner
- 14h : Observation directe
- 15h : Auto-évaluation
- 15h 30 : P.F.A. Pour le personnel SMI
- 16h : Pause
- 16h 15 : Résumé et plan de travail de la journée du mardi.

Mardi 13 Février 1990

Matin - Formation sur le terrain à Salé .
- Retour à la division de la population et déjeuner .

Après-midi

14h à 16h : Evaluation du test

16h : Pause

16h 15 : Programmation et plan de travail de la journée du mercredi.

Mercredi 14 Février 1990

Matin - Test sur le terrain.
- Retour à la Division de la Population, et déjeuner.

Après-midi

14h à 16h : Evaluation du test

16h : Clôture.

Bibliographie

EXPERDATA (1988). "Evaluation du coût total du programme V.D.M.S"; rapport non-publié, Etude opérationnelle du programme V.D.M.S.

ICONE (1989). "Etude sur les structures d'emploi du temps en matière d'établissements de soins santé primaire: évaluation des approches méthodologiques," rapport non-publié.

Projet REACH (1987). ANE Bureau Guidance For Costing of Health Projects. John Snow, Inc.

Reynolds, Jack et Gaspari, K. Celeste (1985). Cost-effectiveness Analysis; PRICOR Monograph Series: Methods paper 2.

Roquin, M.E (1988). "Suivi des programmes d'action sanitaires: coût des activités réalisées au niveau secteur". Monographie, Organisation Mondiale de la santé.