PN ABW-441
95595

HFS

Health

Financing

and

Sustainability

Project

NOTE TECHNIQUE NO. 24F

EXAMEN DE L'EXPERIENCE DE RECOUVREMENT DES COUTS EN REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE

Charlotte Leighton, PhD
Abt Associates Inc.

Gregory Becker
Abt Associates Inc.

Yann Derriennic
Consultant, Abt Associates Inc.

Evelyne Laurin
Consultante, Abt Associates Inc.

Soumis au:

Ministère de la santè et de la population de la Republique centrafricaine
et a la
Mission de l'USAID/Bangui
et a
l'Office de la santé, Division des services de santé,
Bureau mondial, Agence des Etats-Unis pour le développement international

Janvier 1994

Health Financing and Sustainability Projet (HFS)
(Projet de financement et de pérennisation des soins de santé)

Abt Associates Inc., Maître d'oeuvre
4800 Montgomery Lane, Suite 600
Bethesda, Maryland 20814 U.S.A.
Tél : (301) 913-0500 Fax : (301) 652-3916

Management Sciences for Health (MSH), Sous-traitant
The Urban Institute (UI), Sous-traitant
AID Contrat No DPE-5974-2-00-9026-00

TABLE DES MATIERES

SIGLES iv

RESUME ANALYTIQUE v

1.0 INTRODUCTION ET OBJECTIF 10

2.0 DONNEES DE BASE 12
2.1 LA POLITIQUE DE RECOUVREMENT DES COUTS EN REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE 12
2.2 ETUDES ANTERIEURES SUR LE RECOUVREMENT DES COUTS 13
2.2.1 Constatations de l'enquête de 1991 13
2.2.2 Structures des tarifs et utilisation des recettes . . . 14
Taux moyen de recouvrement des coûts pour les formations sanitaires examinées 15
2.2.3 Gestion et comptabilité 15
2.2.4 Conclusions et recommandations 16

3.0 CONSTATATIONS DE L'ENQUETE SUR LE TERRAIN 18
3.1 SYSTEMES DE PAIEMENT ET EMPLOI DES RECETTES 18
3.1.1 Pharmacies villageoises 18
3.1.2 Centres de santé 19
3.1.3 Hôpitaux 21
3.2 PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE 23
3.3 GESTION FINANCIERE 23
3.4 APROVISIONNEMENT EN MEDICAMENTS 24
3.5 PRESTATION DE SERVICES ET AMELIORATIONS DE LA QUALITE 26

4.0 ENSEIGNEMENTS 27
4.1 SYSTEMES DE RECOUVREMENT DES COUTS ET TARIFS EN GENERAL . . . 27
4.2 MOTIVATION (SENSIBILISATION) ET PARTICIPATION COMMUNAUTAIRES . 27
4.3 APPROVISIONNEMENT ET DISTRIBUTION DES MEDICAMENTS 28
4.4 GESTION FINANCIERE 28
4.5 PRIX 29
4.6 POLITIQUE POUR LES INDIGENTS 29

5.0 CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS 30

APPENDICE A: PERSONNES CONTACTEES ET SITES VISITES 33
PROGRAMME D'EXAMEN DES PROJETS DE RECOUVREMENT DES COÛTS SUR LE TERRAIN 37

APPENDICE B: PROTOCOLE POUR UN EXAMEN SUR LE TERRAIN DES EXPERIENCES DE RECOUVREMENT DES COUTS EN RCA 38
OBJECTIFS 39
ELEMENTS A CONSIDERER 39

APPENDICE C: DESCRIPTION DES ACTIVITES DE RECOUVREMENT DES COUTS AYANT LIEU DANS CHAQUE SITE VISITE 41
INITIATIVE DE BAMAKO : PREFECTURE DE NANA-GREBIZI 42
Historique et objectifs 42
Organisation et participation communautaires 42
Achat et distribution de médicaments, et approvisionnement . . 43
Systèmes de financement et gestion financière 43
Formation 44
Suivi 44
Conclusion 44

PROJET DE RENFORCEMENT DES SERVICES DE SANTE DE DEKOA ET KEMO . . . 45
Historique et objectifs 45
Organisation et participation de la communauté 46
Achat et distribution de médicaments, et approvisionnement . . 46
Systèmes de financement et gestion financière 47
Formation 48
Système de suivi 48
Conclusion 48

PROJET DE PHARMACIES VILLAGEOISES DANS LA PREFECTURE DE LOBAYE . . 50
Historique et objectifs 50
Organisation et participation communautaires 50
Achat et distribution de médicaments, et approvisionnement . . 51
Système de financement et gestion financière 51
Formation 52
Système de suivi 52
Conclusion 52

PROJET DE PHARMACIE VILLAGEOISE DE KWATISOAZO 54
Historique et objectifs 54
Organisation et participation communautaires 54
Achat et distribution des médicaments, et approvisionnement . 55
Système de financement et de gestion financière 55
Formation 55
Système de suivi 56
Conclusion 56

PROGRAMME DU CENTRE DE SANTE DE NGAOUNDAYE 57
Historique et objectifs 57
Organisation et participation communautaires 57
Achat et distribution des médicaments, et approvisionnement . 58
Système de financement et gestion financière 59
Formation 61
Systèmes de contrôle 61
Conclusions 61

POSTES DE SANTE DE DEVELOPPEMENT COMMUNAUTAIRE DANS LA REGION III . 63
Historique et objectifs 63
Organisation et participation communautaires 63
Achat et distribution des médicaments et approvisionnement . . 64
Systèmes financiers et gestion financière 64
Formation 65
Conclusions 65

SIGLES

CES	Cellule d'économie de la santé
CNHUB	Centre national hospitalo-universitaire de Bangui
FENU	Fonds d'équipement des Nations Unies
HFS	Projet de financement et de pérennisation des soins de santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
RCA	République centrafricaine
RUMER	Registre d'utilisation des médicaments et recettes
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
USAID	Agence des Etats Unies pour le développement international

RESUME ANALYTIQUE

OBJECTIF ET ANTECEDENTS

Le Ministère de la santé de la République centrafricaine (RCA) et l'USAID ont demandé au Projet de financement et de pérennisation des soins de santé (HFS) d'envoyer une équipe en République centrafricaine pour exécuter les activités dont étaient convenus le Ministère et HFS en juin 1993 dans le cadre d'un plan global d'assistance technique relatif à la politique de recouvrement des coûts du Ministère. En réponse à cette requête, l'équipe HFS a : 1) réalisé un examen sur le terrain de l'expérience de recouvrement des coûts à tous les échelons du système de santé des secteurs publics et privés; 2) mené des discussions, recueilli des données et examiné les mécanismes préliminaires concernant les questions de paiement aux hôpitaux; 3) planifié des discussions avec le Directeur général pour mettre à jour le plan d'HFS d'assistance au Ministère pour la période finale des travaux du Projet HFS en République centrafricaine, de janvier à juin 1994.

Cette note technique couvre les constatations, les leçons apprises et les conclusions et recommandations générales de l'examen sur le terrain de l'expérience de recouvrement des coûts. Le rapport de mission couvre les activités et décisions connexes prises pendant la mission. D'autres analyses et des recommandations détaillées sur la structure des tarifs et les prix feront l'objet de documents qui suivront prochainement.

Le principal objectif de l'examen sur le terrain de l'expérience de recouvrement des coûts était d'identifier les systèmes généraux, ainsi que les modèles et leçons apprises qui pourraient être utilisés pour poursuivre la conception et la mise en oeuvre d'un programme national de recouvrement des coûts. Cet examen a été conçu comme une étude rapide visant à mettre à jour et poursuivre un exercice antérieur à plus long terme que la Cellule d'économie de la santé du Ministère de la santé avait mené en 1991 [1]. L'objectif de cette étude était de recenser les différents types de recouvrement des coûts pratiqués, d'évaluer leur potentiel de création de recettes et de recommander au gouvernement le système le plus approprié pour la population de la République centrafricaine.

L'examen sur le terrain réalisé en 1993 met à jour l'étude précédente en couvrant les formations sanitaires qui avaient lancé un système de recouvrement des coûts après l'étude de 1991. L'étude actuelle élargit l'étude antérieure en incluant les pharmacies villageoises dans l'échantillon. Elle poursuit, en outre, l'étude antérieure en identifiant les leçons apprises dans les domaines politiques ayant le plus d'intérêt actuellement pour le Ministère.

---

1. CES, "Systèmes actuels de recouvrement des coûts des soins de santé en RCA", Note technique HFS No 15, février 1992.

LA POLITIQUE ACTUELLE DE RECOUVREMENT DES COUTS

Le Gouvernement de la République centrafricaine et le Ministère de la santé ont pris de nombreuses décisions fondamentales sur le recouvrement des coûts en matière de services de santé, à commencer par la mise en vigueur d'une loi en 1989 et la publication de décrets d'application par la suite. Bien qu'une bonne partie du recouvrement des coûts ait lieu dans le cadre de ces décrets, la phase actuelle du développement de la politique est de concevoir des décrets d'application pour coordonner les activités disparates et appliquer des normes nationales à tous les échelons du système de santé publique au niveau du pays.

Les principales priorités du Ministère en matière de recouvrement des coûts entre janvier et juin 1994 sont de résoudre les questions concernant la structure des tarifs et les niveaux de prix, particulièrement pour les hôpitaux; de publier des arrêtés mettant ces tarifs en vigueur à tous les échelons du système de santé publique; et de commencer à mettre en oeuvre par étapes ce programme au niveau national à partir de juin 1994.

MISSION SUR LE TERRAIN

Le Ministère a nommé deux de ses employés, Marcel Maniguere et Antoine Bernard Guere, pour faire partie de l'équipe qui a mené l'enquête sur le terrain concernant l'expérience de recouvrement des coûts. L'équipe du Ministère et de HFS est divisée en deux groupes qui se sont rendus dans six sites dans les trois régions les plus peuplées à l'extérieur de Bangui, du 2 au 9 décembre 1993.

Cet examen comprenait tous les niveaux du système de santé (pharmacie villageoise, postes et centres de santé et hôpitaux) aussi bien dans les formations sanitaires publiques que privées dirigées par des ONG. Les équipes ont recueilli des renseignements sur les types de systèmes de paiement utilisés, les règlements concernant les indigents, l'emploi des recettes provenant des paiements, les systèmes et outils de gestion financière, l'approvisionnement en médicaments, la participation communautaire et la formation.

CONSTATATIONS ET ENSEIGNEMENTS TIRES DE L'ENQUETE SUR LE TERRAIN

L'enquête sur le terrain a montré qu'il existe toute une gamme d'activités de recouvrement des coûts en République centrafricaine. Ces activités de recouvrement des coûts ont lieu dans les hôpitaux, les centres de santé publics, comme dans les formations sanitaires privées et les pharmacies villageoises. On y utilise des moyens très divers pour fournir toutes sortes de services de santé et de médicaments; certaines formations sanitaires existent depuis 15 ans et d'autres depuis six mois à peine.

La partie principale de ce rapport identifie toute une gamme d'enseignements tirés de l'expérience du recouvrement des coûts en République centrafricaine.

Certains des plus importants sont les suivants :

Systèmes de recouvrement des coûts et de paiements en général

- Les gens ont la volonté et la capacité de payer les médicaments et les services de santé dans les centres et les hôpitaux. Il ne devrait subsister aucun doute sur ces points.

- Il est possible d'appliquer toute une gamme de systèmes de paiements pour les services non hospitaliers. Il ne semble pas qu'un modèle unique doive être suivi du point de vue de la faisabilité administrative ou de la préférence des gens.

- Le paiement régulier du salaire du personnel sanitaire sera la clé de la réussite de la mise en oeuvre d'une politique de recouvrement des coûts à l'échelon national dans les installations sanitaires publiques.

Participation de la communauté

- La participation financière de la communauté peut être plus facile à mobiliser que d'autres formes de participation communautaire.

- Une fois que l'on a établi une expérience de recouvrement des coûts bien réussie dans une formation sanitaire, il est facile de la généraliser.

- Il est nécessaire de mobiliser et de sensibiliser le personnel de santé, ainsi que la population en général.

Approvisionnement en médicaments et distribution

- L'établissement d'un système d'achat, de stockage et de distribution des médicaments est le principal problème logistique que doivent résoudre les projets.

- Un approvisionnement régulier en médicaments est l'unique façon d'encourager la population à payer.

Gestion financière

- Il est possible d'utiliser des systèmes simples de contrôle et d'enregistrement des données financières adaptés aux conditions locales de la RCA et ils suffisent pour gérer les recettes à la plupart des niveaux du système de santé.

- La supervision et le suivi réguliers sont indispensables pour garantir le bon fonctionnement et l'intégrité des systèmes de collecte et de gestion des paiements.

Prix

- Toutes les initiatives de recouvrement des coûts des médicaments ont établi le principe selon lequel les prix doivent couvrir la totalité du coût de remplacement des médicaments et fournir une marge de profit qui peut servir à payer les salaires des agents de santé, acheter des médicaments ou à d'autres objectifs communautaires ou sanitaires.

- La vaste majorité de la population est capable de payer des médicaments à un prix égal au coût total, y compris le transport, plus une marge pour créer un excédent qui peut être utilisé à diverses fins.

- Les pharmacies villageoises économisent du temps et de l'argent à la population qui n'a pas besoin de se déplacer pour trouver des pharmacies commerciales privées lorsque les formations sanitaires publiques sont à court de médicaments.

Politique vis-à-vis des indigents

- Pour les services non hospitaliers, une fois qu'un tarif est établi, la meilleure politique est de ne pas faire d'exception et de ne donner aucun soin gratuit. Un système prévoyant officiellement des exceptions donnera lieu à des abus. La communauté, un voisin ou la famille peuvent payer les services et les médicaments des indigents.

CONCLUSIONS

Cette étude montre que la mise en oeuvre, à l'échelon du pays, d'une politique de recouvrement des coûts dans les formations sanitaires publiques est entièrement possible. Les études préalables du recouvrement des coûts et de la volonté et de la capacité de payer les services de santé en République centrafricaine appuient cette conclusion. La population a montré qu'elle était prête et capable de payer les médicaments essentiels et tout au moins une partie des coûts des soins de santé dans les formations sanitaires publiques. Le Gouvernement et le Ministère de la santé ont déjà pris des mesures fondamentales et la plupart des lois et arrêtés nécessaires sont en vigueur. Les projets appliquent déjà les systèmes de gestion nécessaires, y compris la gestion locale; par ailleurs, on dispose des informations nécessaires pour établir des tarifs à la portée de tous, équitables et basés sur les coûts.

Le Ministère souhaite prendre rapidement des décisions sur le barème des tarifs à appliquer à l'échelon du pays. Les décideurs du Ministère ont identifié plusieurs grandes questions et problèmes qui doivent être résolus avant la publication des derniers arrêtés sur le recouvrement des coûts à l'échelon du pays. La présente note technique identifie une série de ces principes et questions et conclut que l'on dispose de tous les renseignements nécessaires pour prendre ces décisions.

Il est important que le Ministère continue comme prévu d'essayer de résoudre les grandes questions sur un barème national des tarifs et prenne les

arrêtés nécessaires. Ces questions structurelles sont au moins aussi importantes à la bonne marche du système de recouvrement des coûts que l'identification d'un niveau précis pour chaque tarif (dans la fourchette qui existe actuellement). Le Ministère doit aussi prendre des mesures simultanément sur deux autres questions qui sont essentielles à la réussite du programme de recouvrement des coûts : l'approvisionnement en médicaments et les salaires du personnel sanitaire.

SUIVI

HFS utilisera les constatations de cette mission pour répondre à la demande du Ministère et recommander des barèmes pour tous les niveaux du système de santé, y compris des barèmes différents pour les hôpitaux. HSF fournira ces propositions au Ministère en janvier 1994 dans un document qui servira à des discussions et prises de décision. Les propositions concernant les tarifs, ainsi que les autres constatations et résultats de cette mission seront également utilisées dans un atelier sur le recouvrement des coûts qu'HFS aidera le Ministère à organiser en février 1994. L'objectif de cet atelier sera d'atteindre une décision sur les arrêtés relatifs au recouvrement des coûts au niveau du pays et d'élaborer un plan de mise en oeuvre. HFS fournira une assistance technique au Ministère pour l'atelier y compris un projet de plan d'application ainsi que des documents d'information et de discussion basés sur cette enquête sur le terrain et les travaux précédents de HFS en République centrafricaine.

1.0 INTRODUCTION ET OBJECTIF

Le Ministère de la santé de la République centrafricaine (RCA) et l'USAID ont demandé au Projet de financement et de pérennisation des soins de santé (HFS) d'envoyer une équipe en République centrafricaine pour exécuter les activités dont étaient convenus le Ministère et HFS en juin 1993 dans le cadre d'un plan global d'assistance technique relatif à la politique de recouvrement des coûts du Ministère. L'objectif de cette mission était de : 1) réaliser un examen sur le terrain de l'expérience du recouvrement des coûts pour identifier les enseignements qui pourraient être utilisés pour continuer d'appliquer la politique de recouvrement des coûts, et 2) mettre à jour le plan d'assistance technique afin qu'il tienne compte : a) des priorités actuelles du Ministère après l'installation d'un nouveau gouvernement, et b) de la fin du Projet HFS en septembre 1994 et de ses activités sur le terrain en juin 1994.

Après l'arrivée de l'équipe sur le terrain, un troisième objectif lui a été confié : mener une analyse préliminaire pour aider à résoudre les questions du Ministère sur le barème des tarifs hospitaliers proposés. Le problème des tarifs hospitaliers fait partie du plan global d'assistance technique de HFS-Ministère de la santé convenu en juin 1993 et est une priorité du Ministère. Le Ministère a indiqué avant l'arrivée de l'équipe, cependant, que les hôpitaux n'ont pas été totalement opérationnels pendant une année au moins et que le moment n'était peut-être pas bien choisi pour mener une analyse sur les hôpitaux, particulièrement une analyse des coûts. Ainsi, les termes de référence initiaux de cette mission prévoyaient seulement que l'équipe mènerait d'autres discussions sur cette question avec des hauts responsables du Ministère et recueillerait certaines données préliminaires selon le temps et les possibilités.

Trois membres de l'équipe, Yann Derriennic, Evelyne Laurin et Charlotte Leighton ont travaillé en République centrafricaine du 24 novembre au 12 décembre. Le quatrième membre de l'équipe, Gregory Becker, s'est rendu dans ce pays du 2 au 12 décembre.

Le Ministère a désigné deux de ses employés, Marcel Maniguere et Antoine Bernard Guere, pour participer avec l'équipe à l'enquête sur le terrain relative à l'expérience de recouvrement des coûts. L'équipe du Ministère et d'HFS s'est répartie en deux groupes pour mener cet enquête dans six sites à l'extérieur de Bangui, du 2 au 9 décembre. L'examen des sites comprenait tous les niveaux du système sanitaire (pharmacies villageoises, postes et centres de santé et hôpitaux) aussi bien dans les formations sanitaires publiques que dans celles des ONG. Le recouvrement des coûts y était en place depuis des périodes allant de 15 ans à six mois. Les équipes ont recueilli des données sur le type de systèmes de paiement utilisés, l'emploi des revenus provenant de ces paiements, les systèmes et outils de gestion financière, l'approvisionnement en médicaments, la participation communautaire et la formation.

Pour répondre à l'intérêt prioritaire qu'avait le Ministère pour les tarifs hospitaliers, l'équipe a élargi son plan d'origine afin d'y inclure un examen des hôpitaux situés hors de Bangui. L'équipe a également visité deux hôpitaux publics de Bangui, l'Hôpital communautaire et le Complexe pédiatrique et mené des discussions additionnelles avec les responsables du Ministère pour recueillir des

informations sur les pratiques actuelles de paiement aux hôpitaux, comprendre la proposition récente du Ministère qui est basée sur le système de la "lettre clé" et identifier les préoccupations soulevées par cette proposition. L'équipe a également examiné l'étude des coûts hospitaliers que la Cellule d'économie de la santé (CES) a menée en 1992, avec l'aide d'une conseillère à long terme de HFS, Marcia Weaver, pour voir si on pouvait l'adapter ou la mettre à jour afin d'obtenir les renseignements dont a actuellement besoin le Ministère.

L'Appendice A donne la liste des personnes contactées dans le cadre de cette étude ainsi qu'une liste de tous les sites visités. L'Appendice B fournit un exemplaire du protocole utilisé.

Le principal objectif de cet examen du recouvrement des coûts sur le terrain était d'identifier les composantes générales, ainsi que les modèles et leçons retenus qui pourraient être utilisés pour la conception et la mise en oeuvre d'un programme national de recouvrement des coûts.

Comme mesure de suivi à cet examen sur le terrain des activités de recouvrement des coûts, le Ministère a demandé à HFS de fournir en janvier 1994 une proposition détaillée de barème global des tarifs, couvrant tous les niveaux du système de santé publique, et de mettre au point 2 ou 3 variantes de barème des tarifs hospitaliers. Le Ministère a l'intention d'organiser un atelier pour prendre des décisions sur ces propositions de tarifs et les autres questions de recouvrement des coûts en février 1994.

HFS offrira des recommandations plus détaillées sur les questions de tarifs ainsi qu'un programme pour l'atelier dans un document qui suivra. HFS fournira également une assistance technique au Ministère pour organiser l'atelier, y compris un projet de programme ainsi que des documents d'information et de discussion basés sur cet examen et les travaux précédents d'HFS en République centrafricaine.

Cette note technique couvre les constatations, les leçons apprises, les conclusions et les recommandations générales basées sur cet examen. Le corps du rapport donne une vue d'ensemble des constatations faites lors des visites des formations sanitaires, alors que les appendices donnent des détails sur chacune d'elles. Le rapport de mission de l'équipe couvre les activités connexes et les décisions prises pendant la mission.

2.0 DONNEES DE BASE

2.1 LA POLITIQUE DE RECOUVREMENT DES COUTS EN REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE

Le Gouvernement de la République centrafricaine et le Ministère de la santé ont pris des décisions fondamentales sur le recouvrement des coûts des services de santé. Avec la mise en application d'une loi en 1989 et les décrets qui ont suivi, ils ont établi le principe du partage des coûts entre l'Etat et la population. Selon ce principe, l'Etat est responsable du paiement des salaires des agents de santé et d'une partie des coûts de fonctionnement, et la population est responsable du reste des coûts de fonctionnement, en particulier des médicaments, dans le cadre d'un système de paiement. En outre, le gouvernement a autorisé les hôpitaux de Bangui à être partiellement autonomes au plan financier, leur permettant de garder au site de la prestation de services les recettes provenant des paiements et de les utiliser pour financer leurs coûts de fonctionnement. D'autres décrets assureront plus tard cette autonomie financière partielle à d'autres formations sanitaires.

Il existe par ailleurs un consensus selon lequel la participation de la communauté sera nécessaire pour gérer la collecte des paiements et décider comment utiliser les revenus qu'ils génèrent. On reconnaît généralement qu'il serait utile d'avoir un système fournissant des primes de performance au personnel sanitaire; ces primes seraient financées sur les recettes provenant des paiements des actes médicaux.

Deux grands hôpitaux nationaux de Bangui mettent déjà en oeuvre le système de recouvrement des coûts dans le cadre de la loi de 1989 et des décrets qui l'ont suivie. A l'extérieur de Bangui, certaines formations sanitaires publiques font également payer certains services ou médicaments selon divers systèmes et montants, soit dans le cadre d'un "projet" soit dans celui des décrets.

Le Ministère prépare des arrêtés qui fourniraient un guide national spécifique pour la mise en oeuvre du recouvrement des coûts à tous les niveaux du système de santé publique du pays. Ces arrêtés permettraient d'établir une grille des tarifs selon les services et montreraient comment utiliser et gérer les recettes en provenant.

Au moment de cette mission, la question des paiements aux hôpitaux était la principale préoccupation du Ministère. Le Ministère veut mettre au point un barème de tarifs hospitaliers dont le niveau se justifierait sur la base des coûts hospitaliers et de la capacité de payer de la population. Le Ministère souhaite également que la structure des tarifs hospitaliers fournisse des stimulants au personnel et, le cas échéant, tienne compte de la différence entre les hôpitaux nationaux de Bangui et les hôpitaux régionaux et préfectoraux. Les principales inquiétudes du Ministère concernent le fait que la proposition qu'il a examinée l'année dernière n'est pas basée sur les coûts des services : elle propose des tarifs qui semblent trop élevés pour la population et qui ne tiennent probablement pas suffisamment compte des différents niveaux de revenu des patients.

Les principales priorités du Ministère en matière de recouvrement des coûts entre janvier et juin 1994 sont de résoudre les questions sur les barèmes de

tarifs et les montants, particulièrement au niveau de l'hôpital; de publier les arrêtés mettant en vigueur ces tarifs à tous les niveaux du système de santé; et de commencer à mettre en oeuvre progressivement ces nouveaux barèmes à l'échelon du pays à partir de juin 1994.

2.2 ETUDES ANTERIEURES SUR LE RECOUVREMENT DES COUTS

Cette enquête sur le terrain concernant l'expérience de recouvrement des coûts a été conçue en tant qu'examen rapide pour mettre à jour et poursuivre une étude antérieure qu'avait réalisée en 1991 la Cellule d'économie de la santé (CES) du Ministère de la santé [2]. L'objectif de cette étude était de recenser les différents types de recouvrement des coûts utilisés, d'évaluer leur potentiel de création de revenu et de recommander au gouvernement le système le mieux adapté à la population et aux conditions de la République centrafricaine. Cette enquête sur le terrain de 1993 met à jour l'étude antérieure en couvrant des sites qui avaient lancé le recouvrement des coûts après l'enquête de 1991. La présente enquête élargit celle qui l'a précédée en incluant les pharmacies villageoises dans l'échantillon. En outre, l'étude actuelle s'appuie sur celle réalisée précédemment en identifiant les leçons apprises dans les domaines présentant la plus haute priorité pour le Ministère.

Comme cette étude de 1993 a confirmé un grand nombre des constatations de 1991 sur le système de recouvrement des coûts utilisé et comme l'étude antérieure fournit des renseignements sur certains domaines qui n'ont pas été couverts par celle-ci, il vaut la peine de résumer les constatations et conclusions de l'enquête antérieure.

2.2.1. Constatations de l'enquête de 1991

Les enquêteurs ont examiné 35 formations sanitaires (28 publiques et sept privées). L'étude a identifié quatre types de recouvrement des coûts et en a recommandé deux qui devraient être mis en oeuvre à l'échelle du pays : 1) paiement à l'acte, et 2) paiement par épisode de maladie.

La fréquence des principaux systèmes de recouvrement des coûts parmi les 35 formations sanitaires est indiquée ci-dessous, suivie d'une explication de chaque système.

Paiement à l'acte (paiement pour chaque service reçu):	62 %
Paiement par épisode de maladie:	22 %
Paiement par visite:	13 %
Prépaiement au moyen de la carte de visite:	3 %

Paiement à l'acte : Le patient paie lui-même au moment du service. On additionne le coût de tous les services (examens, consultation, médicaments, etc.) et le patient paie le total. Ceci encourage une meilleure affectation des ressources dans les formations sanitaires, mais exige des systèmes de comptabilité et de gestion plus développés que le paiement par visite, décrit ci-dessous.

---

2. "Systèmes actuels de recouvrement des coûts des soins de santé en RCA". Note technique de HFS No 15. Février 1992.

Paiement par épisode de maladie : Le patient paie la première visite. Les visites de suivi pour la même maladie sont gratuites. Les tarifs peuvent être établis en se basant sur le coût moyen de traitement de toutes les maladies, ou en se basant sur le coût moyen du traitement de certaines catégories de maladies (infections respiratoires, maladies sexuellement transmissibles, etc., par exemple).

Paiement par visite : Le patient paie une somme donnée à chaque visite. Ce type de système est une façon efficace d'affecter les ressources et réduit la probabilité de surutilisation des services. Par contre, contrairement à la méthode du paiement par épisode, certains patients ne reviennent pas pour les visites de suivi en raison des paiements supplémentaires qu'ils doivent faire.

Paiement au moyen de la carte de visite : Le centre médical de Bougila utilise ce type de système pour les élèves du Lycée et de l'Ecole de théologie. D'après la direction, cette méthode de paiement est en partie responsable de la surutilisation des services, ce qui a comme résultat un déficit d'exploitation. Les prix doivent être calculés soigneusement et, si possible, il faut faire payer un ticket modérateur au moment des soins pour réduire l'emploi abusif.

Outre la différence des méthodes de paiement, l'étude a constaté que les tarifs sont appliqués aux services de trois façons différentes : on fait payer tous les services et médicaments, on ne fait payer que certaines catégories de services, et les droits annuels ne couvrent pas les certificats médicaux.

Les taux de recouvrement des coûts moyens sont indiqués dans le tableau qui suit. Ces taux sont calculés comme le total des recettes du recouvrement des coûts divisé par le total des dépenses courantes.

2.2.2 Structures des tarifs et utilisation des recettes

Une formation sanitaire privée, le centre médical Ippy Mic-Mission, imposait une marge de 63 % sur les médicaments pour couvrir les coûts de transport, de manutention et d'assurance, ainsi que les taxes et commissions. Bien que les autres formations sanitaires privées utilisent des marges semblables pour les médicaments, les prix peuvent doubler d'un hôpital à l'autre. Les hôpitaux privés ont également des tarifs qui varient selon le niveau de revenu du patient et dans certains cas, son âge.

TAUX MOYEN DE RECOUVREMENT DES COUTS POUR LES FORMATIONS SANITAIRES EXAMINEES [3]

FORMATION SANITAIRE	MOYENNE	FOURCHETTE SEUIL	
		INFERIEUR	SUPERIEUR
Hôpitaux privés (n = 4)	33	15	67
Formations sanitaires centrales publiques (n = 2)	18	15	20
Maternites urbaines publiques (n = 3)	94	81	104
Hôpitaux régionaux publics (n = 4)	25	10	53
Hôpitaux préfectoraux publics (n = 4)	5	3	6
Centres de santé provinciaux publics (n = 9)	27	2	93

La structure des tarifs et les prix variaient également dans les formations sanitaires publiques. Ainsi, trois des quatre hôpitaux régionaux fournissaient des services de chirurgie gratuitement. Deux demandaient un paiement pour les examens de laboratoire, alors que les deux autres les faisaient gratuitement. Deux des centres de santé publics examinés recouvraient systématiquement le coût de tous les services et de tous les médicaments, alors que les autres ne faisaient payer que les certificats médicaux.

La plupart des formations sanitaires publiques utilisent des méthodes informelles pour identifier les indigents, c'est-à-dire les personnes n'ayant pas suffisamment de ressources pour payer. Il était rare, selon les rapports, que les fonctionnaires qui doivent payer 20 % des coûts alors que le gouvernement paie le reste, paient leur part et même, bien souvent, faisaient soigner les membres de leur famille élargie ainsi que de leur famille nucléaire gratuitement.

La plupart des formations sanitaires publiques versaient une partie de leurs recettes au personnel de santé sous forme de ristournes ou de primes.

2.2.3 Gestion et comptabilité

L'étude a conclu que le temps et les coûts financiers de l'administration du système de recouvrement des coûts qu'elle avait examiné étaient non significatifs. Elle a identifié plusieurs instruments de gestion, y compris un cahier pour enregistrer les recettes et les dépenses, un carnet de reçus pour les

3. Ce tableau est tiré des tableaux de la Section 4 du rapport technique de la CES. Ici, la performance du recouvrement des coûts a été calculée en utilisant comme dénominateur la somme des dépenses et subventions enregistrées. Le numérateur représente les recettes provenant des paiements. Cette méthode a comme résultat que les taux de recouvrement sont plus faibles que dans le rapport technique de la CES, rapport qui ne comprenait pas les subventions gouvernementales dans le dénominateur.

paiements faits au Trésor (uniquement pour les hôpitaux publics), et dans certaines formations sanitaires des fiches de gestion des stocks. Dans les hôpitaux publics, en général, à l'exception des hôpitaux régionaux et de certains hôpitaux qui ont leurs propres administrateurs, la comptabilité était confiée aux directeurs des formations sanitaires qui sont soit des médecins, soit des techniciens de la santé supérieurs soit des agents hospitaliers certifiés par l'Etat.

Les enquêteurs ont constaté que l'on se servait rarement dans les hôpitaux publics, où les médicaments sont distribués gratuitement et où les pharmacies ne sont pas bien approvisionnées, de systèmes d'enregistrement pour contrôler le flux des médicaments. Par contre, les formations sanitaires privées utilisent régulièrement des systèmes de gestion tels que RUMER (Registre d'utilisation des médicaments essentiels et recettes).

2.2.4 Conclusions et recommandations

L'étude a identifié plusieurs des principaux problèmes à résoudre : indigence et identification des pauvres; mauvais emploi du privilège accordé aux fonctionnaires de recevoir des soins subventionnés; ministères ne payant pas les soins de leurs employés; et pratiques de gestion inadéquates dans les formations sanitaires publiques. En outre, l'étude est parvenue aux conclusions et recommandations suivantes :

1. Le statut économique de la population et la taille de la population desservie par la formation sanitaire jouent un rôle déterminant pour savoir si le recouvrement des coûts sera viable.

2. Le recouvrement des coûts dans les formations sanitaires publiques est appliqué de façon différente selon l'établissement.

3. Il faudrait adopter deux options de paiement : paiement à l'acte et paiement par épisode de maladie.

4. Les mesures suivantes doivent faire partie de la préparation de la mise en oeuvre de ces deux options :

a. Campagne d'information, éducation et communication pour expliquer les nouveaux systèmes de financement à la population et au personnel sanitaire.

b. Les dirigeants du pays doivent s'intéresser au développement économique général; le relèvement du niveau de vie contribuera à la réussite des plans de recouvrement des coûts.

c. Il faut faire des plans pour identifier les indigents qui auront droit à des services gratuits ou partiellement subventionnés dans le cadre de nouveaux programmes de recouvrement des coûts.

d. Les formations sanitaires doivent recevoir suffisamment de fournitures pour relever la qualité des soins de santé et accroître la couverture.

e. La formation en gestion doit également faire partie du système de recouvrement des coûts pour améliorer l'efficacité opérationnelle des formations sanitaires.

f. Il faut mobiliser des ressources financières supplémentaires pour que les prix restent raisonnables. Si les prix sont trop élevés une bonne partie de la population n'aura pas accès aux soins de santé.

g. Les systèmes de comptabilité et de gestion doivent être réorganisés pour accroître la transparence et éliminer les abus.

3.0 CONSTATATIONS DE L'ENQUETE SUR LE TERRAIN

On trouvera ci-dessous les principales constatations de l'enquête sur le terrain réalisée en 1993 sur l'expérience de recouvrement des coûts. Cette section présente ces constatations pour les principaux points du protocole utilisé par l'équipe : systèmes de paiement et emploi des recettes; participation communautaire; gestion financière; approvisionnement en médicaments; et prestations des soins et améliorations de la qualité. Cette section résume et compare les constatations pour tous les sites visités, alors que la Section IV identifie les leçons générales que l'on peut en tirer. L'Appendice C donne les détails de chaque site visité.

3.1 SYSTEMES DE PAIEMENT ET EMPLOI DES RECETTES

3.1.1 Pharmacies villageoises

Les pharmacies villageoises sont des organisations du secteur privé, parrainées et gérées par les communautés et pour les communautés, et leurs bénéfices sont utilisés selon les décisions de la communauté. La plupart des pharmacies villageoises de la RCA ont été ouvertes avec l'assistance technique de groupes religieux privés ou de bailleurs de fonds. Les agents de vulgarisation rurale de l'Etat travaillent souvent avec les assistants techniques d'organisations de bailleurs de fonds ou d'organisations religieuses pour aider à sensibiliser les populations et les comités de village. Ces assistants techniques fournissent également une formation en organisation, financement et gestion des pharmacies villageoises, ainsi que la supervision et le suivi de la période de démarrage. Ils assurent généralement une assistance logistique pour l'achat du premier stock de médicaments et l'établissement du système de réapprovisionnement.

L'équipe a visité deux exemples de systèmes de pharmacie villageoise : l'une assistée par l'Agence canadienne de développement international qui opère dans 15 villages de la région de Mbaiki et l'autre par la mission luthérienne qui fonctionne dans 10 villages de la région de Bouar.

Dans les sites visités, la majorité des habitants du village avait dû participer à la création de la pharmacie en se cotisant pour l'achat des médicaments avant que l'organisation extérieure ne fournisse l'assistance (assistance logistique et/ou financière). Dans le plus petit système de pharmacie villageoise qui n'a en stock que cinq médicaments essentiels, la communauté doit contribuer pour 100 % du coût du premier stock de médicaments. Dans l'autre système – qui vise à fournir 25 à 40 médicaments essentiels – l'organisation donatrice fait une contribution – égale à celle du village – au stock initial de médicaments. La communauté achète un stock aussi important qu'elle le peut avec sa contribution initiale plus les fonds de contrepartie, et accroît graduellement son stock initial avec les recettes provenant de la vente des premiers stocks. Des contributions de la communauté, sous forme de main-d'oeuvre et de matériel, sont également nécessaires pour la construction ou la rénovation de la structure abritant la pharmacie.

On crée généralement un comité de gestion villageois pour surveiller et contrôler les opérations de la pharmacie. Le comité sanitaire villageois ou le

comité de gestion de la pharmacie choisit ou engage un vendeur qui, avec d'autres membres de la communauté, reçoit une formation en gestion des médicaments et des stocks, tenue des livres et des registres.

Les stocks des pharmacies villageoises peuvent aller de cinq jusqu'à 25 médicaments. Les marges commerciales sont égales à deux ou trois fois le prix d'achat pour couvrir tous les coûts d'achat, de transport, de douane et autres et fournir une marge bénéficiaire. Dans les sites visités, les pharmacies refusaient de distribuer les médicaments gratuitement; tous les malades devaient payer les médicaments dont ils avaient besoin. La famille, les voisins ou un notable du village payaient pour les personnes sans ressources.

Le village garde les bénéfices provenant des ventes de produits pharmaceutiques dans les pharmacies villageoises et en contrôle l'usage. Cet argent sert : 1) au réapprovisionnement; 2) à fournir des stimulants financiers aux vendeurs sous la forme d'un salaire ou d'une prime; et 3) à satisfaire les besoins de la communauté (financer un puits, engager un instituteur, acheter un moulin, construire une maternité, acheter du bétail).

La population de tous les sites visités a exprimé sa satisfaction générale de disposer désormais de médicaments, particulièrement parce que disposer d'une pharmacie au village permettait d'économiser du temps (passé à voyager loin) et de l'argent (coûts de transport) pour trouver des médicaments dans une pharmacie commerciale privée, lorsque la formation sanitaire publique est à court. En général, la santé de la population est meilleure grâce à un accès plus facile aux médicaments courants. Aucun des comités de gestion n'a indiqué de difficulté pour faire payer les médicaments dans les pharmacies villageoises après leur création.

3.1.2 Centres de santé

Pour l'analyse, les centres de santé ont été répartis en deux groupes : les centres de santé du Ministère de la santé des Catégories A et B (grands centres de santé avec lits, offrant la gamme complète de services d'hospitalisation tels que chirurgie et maternité, ainsi que des consultations externes); et les centres de santé du Ministère de la santé des Catégories C et D (appelés autrefois "sous-centres" qui n'offrent en général que des consultations externes et les services d'une sage-femme).

Centres de santé A & B. L'équipe a visité deux grands centres de santé publics pendant l'étude, l'un à Dekoa et l'autre à Ngaoundaye.

Le centre de Ngaoundaye fait payer les consultations, les examens de laboratoire, les hospitalisations et les interventions chirurgicales. La principale caractéristique du système de paiement est qu'il est basé sur un paiement par épisode de maladie. Le tarif des consultations externes (100 francs CFA par adulte, 50 par enfant) couvre toutes les visites pour l'épisode d'une même maladie. Les tarifs d'hospitalisation varient selon la catégorie de maladie; les patients paient un prix fixe qui a été établi pour couvrir tous les coûts liés à la maladie dont ils souffrent.

Il n'existe pas de règlement officiel concernant la prestation de services aux indigents. Seul le médecin peut dispenser le malade de payer, au cas par cas, selon les informations que lui donne celui-ci. Il n'a pas été possible de quantifier le nombre de cas d'indigence, mais le médecin a assuré que la plupart des patients peuvent payer et le font et que les cas de véritable indigence étaient rares. On fait appel à la solidarité familiale et communale pour prendre en charge ceux qui ne peuvent pas payer.

Les fonds nécessaires à la construction et à l'entretien de ce centre ont été fournis par la mission catholique italienne et d'autres bailleurs de fonds. Par le passé, le Ministère fournissait au centre des crédits de fonctionnement, mais il n'a reçu récemment aucun crédit du gouvernement. Le Ministère paie les salaires de son personnel de santé.

Les recettes provenant des paiements à l'acte et de la vente de médicaments aux patients non hospitalisés servent à payer les salaires du personnel médical supplémentaire et du personnel de soutien et à fournir une prime au personnel du Ministère. Les heures supplémentaires, le travail de week-end ainsi que la disponibilité du personnel - qu'il travaille ou non pour le Ministère - sont payés plus cher. Le personnel du Ministère reçoit également 30 % des paiements des interventions chirurgicales. En outre, le dépôt de médicaments utilise une partie de ses revenus pour financer la supervision.

Le centre de santé de Dekoa fait payer tous les services : consultations, examens de laboratoire, hospitalisations et chirurgie. Les tarifs sont établis en collaboration par le personnel, le comité de gestion local et le Ministère à Bangui. La pharmacie fait payer les divers services qui utilisent des médicaments et des fournitures médicales. Le comité de gestion du centre de santé paie ces factures sur un fonds général.

Les recettes provenant des ventes de médicaments servent à payer les salaires du directeur et du personnel d'appui et à acheter des médicaments et des fournitures. L'argent recueilli par d'autres services du centre de santé est réuni et distribué au personnel de santé (30 %) et sert à payer les médicaments et les fournitures médicales utilisées par les services à la pharmacie. Cette ristourne de 30 % au personnel médical a été déterminée par le personnel sans intervention du projet.

Il n'existe pas de règlement officiel concernant le paiement des services aux indigents; on s'attend à une solidarité familiale et communale.

Centres de santé C & D. La fourchette des tarifs appliqués aux Centres de santé C et D est beaucoup plus étroite. Dans certains cas, ces centres ne font rien payer, mais se contentent de vendre les médicaments. Dans d'autres, en plus de vendre des médicaments, ils font payer les consultations et les examens de laboratoire. Dans les centres payants, le personnel médical reçoit 30 % des recettes des consultations; le reste et tous les autres fonds recueillis sont mis ensemble. Dans tous les cas, ces fonds servent à payer le salaire du gérant et quelquefois d'un garde et à acheter des médicaments et des fournitures.

Lorsque les consultations sont payantes, le montant a été fixé par le projet et le Ministère en collaboration avec les comités locaux de gestion.

Il n'y a pas de règlement officiel concernant les indigents; on s'attend à la solidarité familiale et communale.

3.1.3 Hôpitaux

Secteur privé. L'équipe a visité un hôpital du secteur privé, l'hôpital de Boguila qui a été ouvert par les missionnaires américains de la secte des Frères évangéliques. On reconnaît depuis longtemps que cet hôpital fournit des soins de haute qualité aux patients venant de toutes les régions de la République centrafricaine ainsi que des pays voisins.

L'hôpital de Boguila est ouvert depuis 15 ans et fait payer ses prestations. Le personnel médical de l'hôpital consiste traditionnellement d'au moins un médecin missionnaire américain et d'infirmières centrafricaines formées à l'hôpital. Bien que les infirmières soient bien formées et compétentes au plan technique, elles ne peuvent pas obtenir de licence d'Etat en raison des différences dans les programmes de formation. Comme les infirmières doivent également avoir une activité religieuse importante et se conformer à un style de vie très strict, un certain nombre ont quitté l'hôpital, mais n'ont pas réussi à trouver d'emploi dans le système public de soins de santé.

Le directeur de l'hôpital a indiqué que l'hôpital était en déficit grave depuis plusieurs années. C'est pourquoi les salaires ont été diminués et les commandes de médicaments réduites.

Secteur public. Les hôpitaux publics de la République centrafricaine comprennent les quatre hôpitaux de Bangui (Amitié, Hôpital communautaire, CNHUB et Complexe pédiatrique) et plusieurs hôpitaux régionaux et préfectoraux. Il y a une grande différence entre les hôpitaux de Bangui et ceux des autres niveaux. Les hôpitaux de Bangui fournissent des soins plus sophistiqués et une gamme de services plus large que les hôpitaux régionaux, lesquels, en outre, souffrent actuellement d'une grave pénurie de médicaments et de fournitures médicales, n'ont plus d'arrangements de crédit avec leurs fournisseurs et ne peuvent plus payer les salaires de leur personnel.

La capacité administrative varie sensiblement entre les hôpitaux de Bangui et les deux hôpitaux régionaux visités. Ainsi, les hôpitaux de Bangui qui ont déjà un statut partiellement autonome ont un administrateur professionnel à plein temps. Les hôpitaux régionaux, par contre, sont dirigés par un médecin assisté par du personnel moins expérimenté, responsable de la comptabilité et de la tenue des livres.

Les hôpitaux de Bangui qui sont partiellement autonomes ont un système officiel, organisé, de collecte des paiements. L'Hôpital communautaire et le Complexe pédiatrique de Bangui font payer les actes professionnels pratiques à titre externe, y compris les consultations et la chirurgie externes, les examens de laboratoire et les examens radiologiques. Les tarifs des consultations externes varient par type de praticien (médecins, spécialistes, technicien de la santé, par exemple). Les tarifs des autres services externes varient par type de service (chirurgie, examen de laboratoire, examen radiologique, par exemple), ainsi que par niveau de complexité. L'hôpital donne une ordonnance pour les médicaments.

Pour les services d'hospitalisation, ces deux hôpitaux font payer un tarif unique journalier pour tous les services et médicaments. Lorsque l'hôpital n'a pas les médicaments nécessaires, le patient hospitalisé les achète à l'extérieur sur ordonnance. Le tarif d'hospitalisation varie par type de chambre, selon par exemple que le patient est dans une salle commune ou une chambre à deux lits.

Les hôpitaux de Bangui qui ne sont pas encore partiellement autonomes et les hôpitaux situés à l'extérieur de Bangui appliquent toute une gamme de tarifs qui ne sont pas les mêmes que ceux des hôpitaux partiellement autonomes. Ainsi, un hôpital où s'est rendue l'équipe ne faisait rien payer, ni pour les consultations ni pour les hospitalisations. Un autre faisait payer certains mais pas tous les services externes. Dans un autre, les tarifs d'hospitalisation ne s'appliquaient qu'aux chambres à deux lits; les salles communes étaient gratuites. Cet hôpital faisait payer les consultations externes et la chirurgie et certains examens de laboratoire mais pas tous. Certains hôpitaux à l'extérieur de Bangui ont des comités de gestion, d'autres n'en ont pas.

Les hôpitaux partiellement autonomes utilisent leurs recettes pour acheter des fournitures et des médicaments et, dans certains cas, payer le salaire d'un garde ou de la personne chargée de la caisse. Il semble que tous les hôpitaux payants donnent une ristourne de 30 % des recettes des consultations externes et des services au personnel de santé. Les internes reçoivent également un supplément de salaire provenant des paiements. Un hôpital qu'a visité l'équipe à l'extérieur de Bangui remet 70 % des paiements des consultations au Trésor, mais garde les recettes provenant des patients hospitalisés pour les petits frais de fonctionnement, tels que l'entretien du générateur, l'essence et l'ambulance.

A Bangui, les hôpitaux acceptent le certificat d'indigence délivré officiellement par la commune et assurent des services gratuits aux personnes en possession de ce certificat. En outre, les hôpitaux offrent un crédit aux personnes qui disent qu'elles paieront plus tard. Un hôpital de Bangui a indiqué que ses recettes en 1993 étaient d'environ 25 % du niveau de 1990, en raison de la crise économique en République centrafricaine. En 1990, plus de 75 % des malades hospitalisés venus en consultations externes payaient; en 1993, moins de la moitié le faisait. Un hôpital régional a indiqué que les personnes sans ressources pour payer l'hôpital ne viennent même pas; elles vont voir des guérisseurs traditionnels qu'elles paient en nature.

Les hôpitaux centraux de Bangui fournissent toute une gamme de procédures médicales complexes qui pourraient être financées de façon appropriée par une structure de tarifs relativement complexe. Les hôpitaux régionaux, par contre, offrent une gamme beaucoup plus réduite de services et connaissent apparemment davantage de pénuries financières, de médicaments et de ressources matérielles, et de paiement de salaires que les formations sanitaires de la capitale. En raison de ces contraintes, ainsi que d'une population dont le profil socio-économique et occupationnel est différent de celui de la capitale, une structure des tarifs beaucoup plus simple serait probablement appropriée pour les hôpitaux régionaux et préfectoraux.

3.2 PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE

Le Ministère de la santé a aidé à fonder des comités sanitaires villageois dans tout le pays dans le cadre de la mise en oeuvre des activités de soins de santé primaires. Lorsqu'il existe des pharmacies villageoises, les comités de gestion villageois sont généralement élus par la population ou choisis par le comité de santé villageois.

Le Ministère et le gouvernement ont également souligné l'importance de la participation financière de la commune dans la prestation de services de santé. En fait, un des principes clés de la politique de recouvrement des coûts dans le secteur de la santé est le partenariat entre le gouvernement et la population pour payer les services de santé. Les communautés participent financièrement au moyen de contributions collectives ou cotisations à la création d'un stock initial de médicaments et fournissent aussi les travaux et les matériaux de construction ou l'entretien des formations sanitaires. En outre, un paiement pour les services et les médicaments est souvent inclus au titre de la participation communautaire.

Le bilan de la mobilisation et du maintien de la participation communautaire générale en matière de santé sur les sites qu'a visités l'équipe dépendait en partie de l'expérience de la communauté en matière d'organisation communautaire et de son degré préalable de cohésion sociale. De nombreuses communautés de la RCA n'avaient aucune expérience préalable de la collaboration pour les objectifs collectifs; pourtant, la collaboration des agents de vulgarisation de santé et de développement rural au cours des discussions communautaires initiales a souvent produit des résultats positifs. La création de comités sanitaires ou de gestion représentatifs (comprenant non seulement des notables de sexe masculin, mais également des femmes, des jeunes et différentes occupations) semble nécessiter des efforts délibérés et ne se produit pas, en général, automatiquement.

La logique de la participation financière, par contre, semble être relativement aisée à communiquer, bien qu'il soit souvent difficile pour la population de rompre avec l'habitude de penser que les services sanitaires publics sont "gratuits". Il peut être également difficile d'éliminer le cynisme et le manque de confiance envers les services de l'Etat. Une des façons les plus persuasives de le faire semble être l'effet de démonstration : lorsqu'une activité réussit bien, l'argent recueilli sert à améliorer les services de santé et/ou l'approvisionnement en médicaments.

3.3 GESTION FINANCIERE

Les systèmes de gestion financière étudiés reflètent la vaste gamme de formations sanitaires visitées depuis le simple système de tenue des stocks d'une pharmacie villageoise jusqu'à un système complexe de tenue de livres à double entrée pour une grande formation sanitaire. En général, les systèmes fournissent les renseignements financiers de base et le contrôle permettant aux formations sanitaires de fonctionner. Les formulaires et les outils de gestion utilisés les plus intéressants sont le Registre d'utilisation des médicaments et recettes adapté à Ngaoundaye et l'enregistrement sur simple fiche pour l'argent liquide et les stocks à Dekoa.

Les membres des comités de gestion supervisent et contrôlent les fonds et les stocks de médicaments entre une fois par jour et une fois par semaine. La supervision extérieure et le contrôle sont moins fréquents : il peut se passer deux mois entre les visites. Les grandes formations sanitaires n'ont pas de calendrier périodique d'audit.

Les fonds recueillis par les vendeurs des pharmacies ou le personnel sanitaire sont remis au trésorier tous les jours, deux fois par semaine ou toutes les semaines. Les fonds recueillis restent sur le site, soit chez le trésorier soit dans dans un coffre-fort, jusqu'à ce qu'ils soient envoyés aux bureaux des projets (ou dans certains cas déposés sur des comptes bancaires à Bangui). Un certain nombre de sites gardent tous leurs fonds au village.

Bien que les systèmes de gestion financière étudiés satisfassent les besoins de base des formations sanitaires, elles pourraient toutes en améliorer soit la conception soit l'utilisation qu'elles en font. Les systèmes utilisés par certaines pharmacies étaient trop compliqués et exigeaient trop de temps et d'effort de la part du comité de gestion. Les systèmes devraient être aussi simples que possible et adaptés au niveau d'éducation des utilisateurs. Les systèmes les mieux conçus combinaient les informations sur les mouvements de trésorerie et sur les stocks de médicaments – approche logique dans les systèmes où les ventes de médicaments sont la seule source de revenu.

La remise des fonds et les procédures de contrôle jounalières sont probablement trop fréquentes pour la plupart des centres de santé des catégories C et D. Il semble que ces activités ne devraient avoir lieu qu'une fois par semaine. La fiche journalière de liquidité et de stocks est un modèle possible pour les centres de santé des catégories C & D. Le système RUMER, utilisé à Ngaoundaye est un modèle possible pour les centres de santé A et B.

La supervision et le contrôle extérieurs périodiques sont indispensables pour maintenir l'intégrité du système. Il faut qu'ils aient lieu au moins tous les deux mois pour une formation sanitaire bien établie. Pendant la phase initiale, il faudrait assurer une supervision et un contrôle hebdomadaires. Pour les catégories de formations sanitaires A et B, il faut instituer des audits annuels. Comme les systèmes de gestion financière de ces formations sont devenus des structures complexes recevant et dépensant de grandes quantités d'argent, un audit périodique est indispensable.

Afin de minimiser les possibilités d'abus, il faut transférer les espèces lorsqu'elles atteignent un certain niveau. Ce montant doit être déterminé par le comité de gestion de la formation sanitaire ou de la pharmacie en accord avec les directives du Ministère. Il faut laisser les pharmacies villageoises continuer à gérer leurs fonds sans ingérence du gouvernement.

3.4 APROVISIONNEMENT EN MEDICAMENTS

SODIPHAC est la seule source nationale de médicaments et de fournitures médicales utilisée par les projets étudiés. SODIPHAC est une société à but lucratif et ne vend pas de médicaments génériques. Le seul projet utilisant SODIPHAC a négocié un escompte de 26 %.

On a également recours à plusieurs organisations européennes : Les sociétés UNIPAC qui est basée en Hollande, et IDA, ECHO et MEDEOR basées en Grande-Bretagne. Ces sociétés desservent les organisations internationales, les organisations à but non lucratif et les gouvernements. Elles fournissent des médicaments génériques à faible coût. Une formation sanitaire commande ses médicaments directement à un laboratoire allemand.

Pour les formations sanitaires s'approvisionnant auprès de laboratoires européens, le coût du transport jusqu'à Bangui fait parfois doubler le prix européen. Divers dépôts intermédiaires dans le pays contribuent également à augmenter le coût. Les formations sanitaires ou les pharmacies locales ajoutent entre 20 et 100 % du prix des dépôts locaux ou régionaux pour couvrir leurs dépenses et se constituer un fonds de roulement. La marge maximum sur les médicaments ne dépasse pas trois fois les prix européens.

En raison des délais pour les expéditions terrestres (jusqu'à huit mois), la plupart des médicaments sont expédiés à Bangui par voie aérienne. De Bangui, les médicaments, à l'exception de l'unique projet utilisant SODIPHAC, sont transportés jusqu'aux formations sanitaires ou aux dépôts locaux gratuitement par les projets. Si les projets utilisent des dépôts locaux, les formations sanitaires individuelles sont généralement responsables des dépenses encourues pour venir chercher les médicaments aux dépôts et les transporter jusqu'à la formation sanitaire. Pendant l'étape de création d'une pharmacie villageoise, l'assistant technique financé par le bailleur de fonds livre souvent les médicaments à la pharmacie. Pour le projet utilisant SODIPHAC, chaque formation sanitaire est responsable d'envoyer quelqu'un à Bangui acheter les médicaments et la formation couvre les frais de transport et les indemnités journalières.

Le seul projet utilisant un système permanent d'approvisionnement et de distribution de médicaments est celui ayant recours à SODIPHAC. Les autres systèmes dépendent de projets ou d'expatriés travaillant dans des formations sanitaires ou à la pharmacie villageoise. Certains projets ont essayé d'établir un système permanent de distribution et d'approvisionnement de médicaments basé sur le système existant utilisé par les organisations gouvernementales.

Il existe un besoin urgent de créer une source nationale de médicaments génériques ou Centrale d'achat, qui ne doit pas nécessairement être une agence publique ou paraétatique. Il n'est pas obligé non plus que la Centrale d'achat établisse des dépôts régionaux; ceux-ci pourraient résulter d'initiatives locales. Jusqu'à ce que la structure nationale soit établie, le gouvernement doit encourager les initiatives locales et régionales, telles que les dépôts de Bossangoa, Ngaoundaye et Dekoa.

Le système d'approvisionnement en médicaments génériques peut et doit être autofinancé sans avoir recours à des subventions de l'Etat. Le système peut couvrir tous les coûts de fonctionnement, y compris le transport, la manutention et l'entreposage, grâce à une marge appropriée. Il faudra, cependant, certains investissements pour former le personnel, construire des bâtiments et constituer le stock initial.

3.5 PRESTATION DE SERVICES ET AMELIORATIONS DE LA QUALITE

Comme les hôpitaux de la République centrafricaine fonctionnent actuellement avec de graves handicaps financiers et matériels, les efforts de prestation de services et d'amélioration de la qualité devront être faits à l'échelon le plus bas. La prestation des services, particulièrement au niveau des hôpitaux régionaux, s'est détériorée au point où l'on oublie les améliorations de la qualité pour se concentrer sur la capacité de l'hôpital de fournir des soins. Toutes les formations sanitaires bénéficieraient d'une application plus systématique des tarifs et d'avoir le droit de garder l'argent qu'elles reçoivent et de l'utiliser pour améliorer la qualité des services et boucher les trous les plus critiques.

Tous les hôpitaux et formations sanitaires souffrent d'une pénurie critique et chronique des médicaments. Une des priorités les plus élevées de l'Etat en matière de prestation de soins de santé doit être la mise au point d'un système adéquat et fiable d'approvisionnement en médicaments qui survivra en faisant payer les patients. Dans le cas des hôpitaux régionaux, il peut être souhaitable que les médicaments soient disponibles par l'intermédiaire d'une pharmacie gérée séparément de l'hôpital. Le personnel administratif de l'hôpital principal sera alors capable de se concentrer sur la collecte des paiements des consultations et des actes médicaux suivant un barème simple.

Une fois que les structures des tarifs de base pour l'hôpital et autres auront été mises au point et vérifiées par rapport à l'utilisation projetée des divers types de services, il sera possible d'estimer le total des recettes du système ainsi que de chaque formation sanitaire. Ces projections de recettes provenant des paiements des patients ainsi que les projections des subventions de l'Etat détermineront le montant des budgets de fonctionnement. En examinant ces projections de budgets de fonctionnement, chaque formation sanitaire pourra calculer le niveau de la qualité des soins qu'il lui sera possible d'assurer.

Les projections concernant le niveau de qualité des soins en résultant devraient être le troisième facteur avec les coûts et la capacité de payer pour réaliser les ajustements définitifs des tarifs des hôpitaux ou des formations sanitaires.

4.0 ENSEIGNEMENTS

L'étude sur le terrain a montré qu'il existe une vaste gamme d'activités de recouvrement des coûts dans toute la République centrafricaine. Ces activités ont lieu dans les hôpitaux et centres de santé publics, ainsi que dans les formations sanitaires privées et les pharmacies villageoises. Elles ont recours à des méthodes de financement variées, fournissent toutes sortes de services de santé et de médicaments; certaines existent depuis 10 ans, d'autres depuis six mois seulement. L'équipe a demandé aux agents de santé, aux comités sanitaires et aux personnes ayant fourni une assistance technique les leçons qu'ils avaient tirées de la création et de la mise en oeuvre de ces activités. On trouvera ci-dessous les leçons qui pourraient être appliquées en général à la politique nationale de recouvrement des coûts.

4.1 SYSTEMES DE RECOUVREMENT DES COUTS ET TARIFS EN GENERAL

- La population est à la fois prête et capable de payer les médicaments et les services de santé dans les formations sanitaires et les hôpitaux. Il ne doit plus y avoir aucun doute sur ce point. Cette enquête, comme d'ailleurs plusieurs autres enquêtes et analyses de HFS et du Ministère ont confirmé que la population de la RCA était prête à payer les services de santé et les médicaments.

- On peut appliquer toutes sortes de systèmes de tarif pour les services non hospitaliers : paiements des médicaments, paiements des consultations ou visites, paiement simple pour couvrir les médicaments et la consultation. Il ne semble pas qu'il faille suivre un modèle unique du point de vue de la faisabilité administrative ou de la préférence des gens.

- Le barème des tarifs et les niveaux des prix des services hospitaliers présentent un problème plus complexe pour la politique nationale que le barème des services non hospitaliers; l'expérience actuelle de recouvrement des coûts des dépenses ordinaires, la capacité administrative, la capacité de prestations de services, les schémas d'utilisation et le profil socio-économique de la population varient beaucoup entre Bangui et les hôpitaux provinciaux, ainsi qu'entre les hôpitaux préfectoraux.

- Le paiement régulier des salaires des agents de santé publique sera un élément clé du succès de la mise en oeuvre d'une politique nationale de recouvrement des coûts dans les formations sanitaires publiques.

4.2 MOTIVATION (SENSIBILISATION) ET PARTICIPATION COMMUNAUTAIRES

- Il peut être plus facile de mobiliser la participation financière de la communauté que d'autres formes de participation communautaire. La population comprend pourquoi il faut faire une contribution financière et il sera relativement facile de la persuader qu'il est nécessaire de payer une cotisation ou de payer un acte. D'autres formes de participation communautaire telles que la création de

comités villageois, la supervision par les comités villageois et les réunions de village prennent plus longtemps à établir, exigent de surmonter davantage d'obstacles sociaux et nécessitent beaucoup de contrôle et de motivation pour assurer que tout se passe comme prévu.

- Trois des obstacles les plus importants de la part de la population auxquels doivent faire face les projets lorsqu'ils essaient tout d'abord d'introduire et d'établir des systèmes de paiement sont les suivants :

  - l'habitude de penser que les services de santé publics sont gratuits, alors que les gens ont l'habitude de payer les services de santé privés des guérisseurs traditionnels et des pharmacies privées;

  - le cynisme et le manque de confiance envers les services et les agents de la fonction publique;

  - la réticence envers l'organisation communautaire ou le manque d'expérience dans ce domaine.

- Une fois que la population se rend compte que le recouvrement des coûts dans une formation sanitaire ou une pharmacie villageoise est une bonne solution, les communautés avoisinantes veulent adopter rapidement une activité similaire.

- Il est nécessaire de motiver et de sensibiliser le personnel de santé ainsi que la population. Les efforts de vulgarisation sont focalisés principalement sur la population, mais la réussite et la pérennité d'un système public de recouvrement des coûts dépendent également de l'engagement du personnel de santé. Les agents de santé doivent comprendre le nouveau système de paiement, être persuadés du bien-fondé de faire payer les services, croire que la population veut bien payer et est capable de le faire, et se sentir engagés envers l'intégrité et les objectifs des systèmes.

4.3 APPROVISIONNEMENT ET DISTRIBUTION DES MEDICAMENTS

- L'établissement d'un système d'achat, de fourniture et de distribution des médicaments est le principal problème logistique que doit résoudre le projet.

- Un approvisionnement régulier en médicaments est la seule façon de maintenir la volonté de payer de la population.

4.4 GESTION FINANCIERE

- Il est possible d'utiliser des systèmes de contrôle financier et d'enregistrement simples, adaptés aux conditions locales de la République centrafricaine pour gérer la collecte des paiements à presque tous les niveaux des systèmes de santé (à l'exception peut-être des grands hôpitaux de Bangui).

- Les recettes provenant des paiements ne doivent pas rester sur place une fois qu'elles atteignent un certain niveau; mais le manque de banques à l'extérieur de Bangui crée un problème.

- La supervision et le contrôle réguliers sont indispensables pour assurer que les systèmes de collecte et de gestion des paiements fonctionnent sans problème.

4.5 PRIX

- Toutes les initiatives de recouvrement des coûts pour les médicaments ont établi en principe que les prix doivent couvrir la totalité du coût de remplacement des médicaments (y compris le transport, les droits de douane et autres coûts logistiques) et fournir en plus une marge bénéficiaire qui peut servir à payer le salaire du personnel sanitaire, acheter des fournitures ou à d'autres fins sanitaires ou communautaires.

- Les prix des médicaments couvrant le coût total, y compris le transport, ainsi qu'une marge pouvant générer un excédent utilisé à diverses fins, sont à la portée de la vaste majorité de la population.

- Les pharmacies villageoises économisent le temps et l'argent de la population, qui n'a pas à parcourir de grandes distances pour trouver des pharmacies commerciales privées s'il n'y a pas de médicaments dans les formations sanitaires publiques.

- Aux tarifs demandés actuellement pour les services non hospitaliers et les médicaments essentiels, il est presque toujours possible de trouver quelqu'un (famille ou amis d'un indigent) pour payer les soins.

4.6 POLITIQUE POUR LES INDIGENTS

- S'agissant des services non hospitaliers, une fois le système de paiement établi, la politique qui fonctionne le mieux est celle qui n'admet aucune exception et ne donne aucun soin gratuitement. Tout système prévoyant officiellement des exemptions ouvre la porte aux abus. La communauté, un voisin ou la famille peuvent payer les services et les médicaments des indigents (c'est-à-dire des personnes qui sont vraiment incapables de payer).

- Pour les services hospitaliers, le système actuel – une combinaison de l'ancien système officiel de certification des indigents par les autorités locales et de mécanismes informels – pour identifier l'incapacité de payer ne s'est pas montré entièrement satisfaisant.

5.0 CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Cette étude a montré que la mise en oeuvre à l'échelle du pays d'une politique de recouvrement des coûts dans les formations sanitaires publiques est entièrement possible. Les études préalables de l'expérience du recouvrement des coûts et de la volonté et de la capacité de payer les services de santé en République centrafricaine appuient cette conclusion. La population a montré qu'elle voulait et était capable de payer les médicaments essentiels et au moins en partie les coûts des soins de santé dans les formations sanitaires publiques. Le gouvernement et le Ministère de la santé ont déjà pris les décisions fondamentales et la plupart des lois et règlements nécessaires sont en vigueur. Certains projets ont mis en place les systèmes de gestion nécessaires, et les homologues ont acquis l'expérience opérationnelle; et enfin, les informations nécessaires pour établir des tarifs qui soient à la portée de tous, équitables et en rapport avec les coûts et les recettes nécessaires sont disponibles.

Le Ministère doit prendre rapidement une décision sur la structure des tarifs qui seront appliqués à l'échelon du pays. La situation actuelle où le même service dans différentes localités est payant ou gratuit envoie des messages ambigus sur le recouvrement des coûts à la population et au personnel sanitaire. Faire payer davantage les consultations externes que les hospitalisations incite les consommateurs au gaspillage, tout en encourageant les médecins à multiplier les services de consultations externes. Faire payer les médicaments uniquement aux malades non hospitalisés envoie des messages ambigus et encourage une utilisation inappropriée des ressources. Permettre à certaines formations sanitaires et pas aux autres de garder et d'utiliser les recettes des paiements et permettre à certains agents de santé de recevoir une ristourne sur les recettes, mais pas aux autres, crée d'autres ambiguités.

Les décideurs du Ministère connaissent bien ces problèmes et ont identifié plusieurs questions qu'ils doivent résoudre avant de publier les arrêtés finals pour le recouvrement des coûts à l'échelon du pays. Ils veulent mettre au point une grille des tarifs et des prix tenant compte de plusieurs principes :

- le coût de la fourniture des services (et les recettes nécessaires pour couvrir une partie ou la totalité de ce coût), comparé avec la capacité de payer de la population;
- la décentralisation et la régionalisation comparées aux normes nationales et tenant compte de l'équité; et
- le financement total qui peut être obtenu des recettes provenant des paiements et de crédits de l'Etat comparé aux ressources totales nécessaires pour améliorer la qualité et la prestation des services.

L'enquête de l'équipe d'HFS à ce sujet indique qu'on ne peut plus attendre pour prendre les décisions qui s'imposent sur les détails de la mise en oeuvre et les arrêtés afin :

- de permettre à toutes les formations sanitaires et non pas uniquement aux hôpitaux de Bangui de retenir les recettes qu'ils perçoivent;

- d'établir un barème des tarifs pour les formations sanitaires à tous les niveaux de façon à coordonner les stimulants, à utiliser les services de façon appropriée et à les harmoniser dans tous les systèmes de santé;

- d'assurer que les ristournes du personnel sanitaire figurant dans le barème de tarifs ne sont pas en conflit avec les stimulants encourageant les patients à utiliser les services de façon appropriée;

- de décider quels tarifs établir sur une base uniforme dans tout le pays et ceux qui doivent être soumis à des décisions et variations locales;

- de décider si le même barème et les mêmes prix doivent s'appliquer à tous les hôpitaux ou s'il doit y avoir une différence entre les grands hôpitaux nationaux de Bangui et ceux du reste du pays;

- de décider quel est le système de prime de performance le plus approprié pour le personnel sanitaire et si le même système doit s'appliquer au personnel de tous les niveaux.

- d'établir une politique officielle ou non officielle envers les indigents pour les personnes incapables de payer une partie ou la totalité des services et de décider s'il doit y avoir une politique différente pour les services et médicaments offerts à l'hôpital et les services et médicaments offerts dans les autres formations sanitaires;

- de décider si l'Etat doit subventionner les soins de santé pour tout groupe selon son emploi ou son revenu (fonctionnaires, étudiants, militaires, indigents) et dans ce cas, quelles doivent être les subventions et quelles méthodes suivre;

- d'assurer la faisabilité et la flexibilité administratives ainsi que l'intégrité financière; et que les revenus servent à améliorer les services de santé.

Les informations provenant d'études déjà réalisées et les leçons de l'expérience du recouvrement des coûts jusqu'ici peuvent aider à prendre ces décisions. A la demande du Directeur général, HFS fournira une assistance technique sur le contenu de ces décisions et un atelier est prévu en février 1994 pendant lequel le Ministère réunira un consensus, décidera des arrêtés à publier sur le recouvrement des coûts et préparera un plan de mise en oeuvre. Ce plan prévoit de lancer le recouvrement des coûts au niveau national dans le cadre du nouveau barème de tarifs global par phases, à partir de juin 1994.

Il est important que le Ministère poursuive comme prévu ses efforts pour résoudre les questions restantes sur un barème de tarifs national et publie les arrêtés nécessaires. Ces questions de structure sont au moins aussi importantes pour la réussite du système de recouvrement des coûts que la détermination d'un niveau précis pour chaque tarif (dans la fourchette existant actuellement). Il

est important aussi que le Ministère prenne des mesures simultanément sur deux autres questions essentielles à la réussite du programme de recouvrement des coûts : l'approvisionnement en médicaments et les salaires du personnel sanitaire.

Le Ministère doit donc prendre aussi les mesures et les moyens d'assurer un approvisionnement national fiable en médicaments génériques. Il ne doit pas s'agir obligatoirement d'un organisme gouvernemental ou paraétatique, comprenant des dépôts régionaux gérés par la capitale, car il en existe déjà, et d'autres sont en cours de création par les ONG. Jusqu'à ce qu'une structure nationale soit établie, le gouvernement doit encourager les initiatives régionales et locales telles que les dépôts de Bossangoa, Ngaoundaye, Mbaiki, Bouar et Dekoa.

Enfin, le Ministère doit prendre toutes les mesures possibles pour assurer le paiement des salaires des agents de santé, ce qui représente une condition de l'application bien réussie de la politique de recouvrement des coûts.

APPENDICE A

PERSONNES CONTACTEES ET SITES VISITES

Ministère de la santé publique, RCA, Bangui

M. Defiobono, Jacques, Secrétaire général
M. Namkona, Philomen, Directeur général
Dr Limbassa, Jean, Inspecteur central
Dr Ndoyo, Directeur DMPGE
Dr Souroungba, Grebida, Directeur DMC
Mme Gaba, Directrice, Complexe pédiatrique
M. Ngouyombo, Joseph, Directeur, Hôpital Communautaire
M. Maninguere, Marcel, Directeur, Cellule de soins de santé primaires.
M. Guere, Antoine Bernard, DEPS

Ambassade des Etats-Unis/Bangui

M. Robert Gribbin, Ambassadeur
M. Robert Whitehead, Chef de mission
M. Chris Lamora, ALO.

BAD,CREDES

M. Bach, Benoît

Diocèse catholique de Bangui

Père Gaudier

GTZ

D. Huss, R.

PNUD/Direction du Développement communautaire

M. Bokoum, Chargé du programme
M. Taodera, Philippe, Expert national, Bossangoa.

Projet PNUD/FENU/Dekoa

M. Doudoussar, Chargé de programme
M. Bankole, Olawole Casimir, Gestionnaire
M. Rendekotto, Gabbie-Jolie, Gestionnaire national du projet

OMS

Mme Kouo-Epa, Solange, Représentante résidente

UNICEF

Dr Barrière, Luc, Chargé du Programme santé

REGION I

Kaga Bandoro, Hôpital préfectoral. (UNICEF), Médecin préfectoral, Infirmier, Gérant, Comité de gestion, Gestionnaire de l'hôpital.

Ougandago, Centre de santé. (UNICEF), Comité de gestion.

Dissoukou, Centre de santé. (PNUD/FENU), Comité de gestion.
Mme Sonia Walter, Volontaire du Corps de la paix, Dissoukou.

Dekoa, PNUD/FENU/UNICEF, Centre de santé. Médecin Chef, Gestionnaire national du Projet, Comité de gestion, Gérant.
Dr Issa-Mapuka, Pierre-Alfred, Chef, Centre de santé, Dekoa.
M. Ward Bimus, Volontaire, Centre de santé, Dekoa.

Tilo, Centre de santé. (PNUD/FENU), Comité de gestion, Infirmier.

PREFECTURE DE LOBAYE:
Mbaiki, Pharmacies villageoises.
Dr Deppner, CIDA, Directeur
Kokonendji, Guillame, Assistant de l'administration, Projet canadien

Bobangui, Comité de SSP; Gérant, pharmacie villageoise; Infirmier, Centre de santé.

Buchia, Comité de santé; Matrone; Infirmier assistant; Maire.

REGION II

Bouar, Pharmacies villagoises, Hôpital préfectoral.
Carl et Paula Stecker, Mission luthérienne, Kwatisoazo
Ella Webster, Volontaire
Ouirebona, Jacques, Chef de l'équipe mobile de vaccination
Yangakola, Michel, TSS, Médecin Chef par interim, Hôpital public de Bouar
Ptiziquo, Pozzi, Médecin, Dispensaire de Niem, Mission catholique de Bouar
Soeur Pascale Vanwarreghem, IDE retraitée
Wagui Paul, Chef de la section préfectorale d'information, éducation et communication pour la santé de la Nana-Nambene (SSP)

Dare, Comité de santé, Comité de gestion, Gérant de la pharmacie villageoise

REGION III

Bossangoa, Hôpital préfectoral
Dr Yandegora, J.-C., Médecin Chef, Hôpital régional, Bossangoa.

Gazouine, Pharmacie villagoise, (PNUD/Développement communautaire), Comité de gestion, Secouriste.

Boali, Pharmacie villagoise, (PNUD/Développement communautaire), Comité de gestion, Secouriste.

Nana Bakassa, Centre de santé. (UNICEF), Comité de gestion, Infirmier.

Boguila Hôpital privé; Centre de santé.
M. Tabio, Gaston, Directeur, hôpital privé.
M. Zambo, Marcel, Chef, Centre de santé

Paoua, Centre de Santé.
Dr Ndanga, Cerafin, Chef, Centre de santé, Paoua.

Ngaoundaye, Centre de Santé, Chef du Centre de santé.
Dr Bertocchi, Ione, Chef, Centre de santé, Ngaoundaye.
M. Mizia, Amos, Comptable, Centre de santé
M. Foinbang, Alain, Superviseur des postes et cases de santé

Kounang, Poste de Santé (Ngaoundaye), Infirmier.

PROGRAMME D'EXAMEN DES PROJETS DE RECOUVREMENT DES COÛTS SUR LE TERRAIN

REGION I	Equipe	Dates
1. Dekoa (PNUD)	Maninguere	2-4/12
2. Initiative de Bamako, près de Kaga Bandoro	Laurin Derriennic	
3. Mbaiki (Canada)	Guere Leighton Laurin	6/12
REGION II		
4. Bouar (Luthériens)	Guere Leighton Laurin	7-8/12
REGION III		
5. Préfecture d'Ouham (PNUD/GTZ)	Maninguere Derriennic	6-9/12
6. Ngaoundaye (Catholiques)	Becker	

Plus 1-2 hôpitaux préfectoraux dans chaque région

APPENDICE B

PROTOCOLE POUR UN EXAMEN SUR LE TERRAIN DES EXPERIENCES DE RECOUVREMENT DES COUTS EN RCA

OBJECTIFS

1. Identifier les éléments qui pourraient être utilisés dans la planification et l'exécution d'un programme national de recouvrement des coûts en RCA.

2. Déterminer les meilleures caractéristiques et approches de ces projets.

3. Identifier les "leçons apprises" au cours de la planification et de l'exécution de ces projets.

ELEMENTS A CONSIDERER

1. Historique et buts du projet

- origine du projet
- buts/objectifs
- population couverte
- services disponibles
- types d'infrastructures sanitaires et personnel
- distance entre infrastructures sanitaires et population couverte

2. Degré d'organisation de la communauté et participation aux prestations de services

- participation de la communauté à la planification des activités
- participation de la communauté à la gestion des services
- attitude du personnel
- animation/sensibilisation des villageois concernant l'organisation et l'exécution des activités
- comité villageois de gestion (composition du comité, indemnisation des membres assurant des tâches d'exécution, responsabilités des membres, rôles des femmes membres de comité)

3. Approvisionnement, distribution et stockage de médicaments

a. Financement des médicaments

- prix des médicaments
- coûts financés par le paiement des médicaments
- pourcentage de marge sur le prix d'achat des médicaments
- disponibilité de fonds pour le restockage des médicaments
- système de distribution de médicaments aux indigents

b. Stockage et gestion des médicaments

- sources d'achat des médicaments
- transport de médicaments de Bangui à la périphérie
- types de formulaires utilisés pour la gestion des médicaments
- périodicité d'achat des médicaments
- gestion de l'inventaire de médicaments
- emmagasinage et transport des médicaments
- disponibilité des médicaments

4. Systèmes de financement et de gestion financière

a. Système de tarification

▲ prix des actes médicaux
▲ mécanisme de prise en charge des indigents (dispense de paiement)
▲ règles émanant du gouvernement et de la communauté pour l'application du système de paiement de soins

b. Sources et utilisation des fonds

▲ sources et quantité de fonds pour tous les coûts périodiques
▲ utilisation des recettes
▲ fonds de démarrage
▲ rôle de la communauté dans le financement
▲ modalités d'attribution de primes aux prestataires de services y compris un système équitable d'allocation pour tous les différents cas dont les villages peu peuplés

c. gestion financière

▲ système de comptabilité
▲ types de formulaires utilisés en comptabilité
▲ circuit de l'argent: des recettes aux déboursements
▲ système de sécurité garantissant une gestion saine des fonds
▲ rôle de la communauté dans le financement

5. Formation

▲ personnel de santé
▲ sujets présentés (par exemple: gestion financière, gestion des médicaments, éducation pour la santé, etc.)
▲ membres du comité

6. Systèmes de monitoring

▲ supervision
▲ utilisation des services
▲ classement des dossiers
▲ types de données recueillies

7. Conclusions

▲ leçons apprises
▲ avantages des approches/stratégies utilisées
▲ viabilité financière
▲ impact sur la population (utilisation des services, satisfaction des clients, etc.)
▲ réplicabilité

APPENDICE C

DESCRIPTION DES ACTIVITES DE RECOUVREMENT DES COUTS AYANT LIEU DANS CHAQUE SITE VISITE

REGION I

INITIATIVE DE BAMAKO : PREFECTURE DE NANA-GREBIZI

Historique et objectifs

Ce projet est la mise en oeuvre d'un programme national de soins de santé primaires dans le cadre de l'Initiative de Bamako. Il vise à fournir des soins de santé aux populations des régions rurales et péri-urbaines grâce au financement communautaire. Ses principaux objectifs sont d'assurer la disponibilité des médicaments et de couvrir les dépenses ordinaires des formations sanitaires. Pendant la phase initiale de la mise en oeuvre, le programme fonctionnera au niveau du centre de santé et sera axé sur les soins ambulatoires et préventifs. Au niveau de l'hôpital, la mise en oeuvre dépendra des résultats des activités des centres de santé.

Dans la préfecture de Nana-Grebizi, l'Initiative de Bamako gère quatre centres de santé dont deux sont situés dans un hôpital. Il est prévu qu'elle couvrira environ 90.000 personnes. L'équipe a visité deux sites : le centre de santé de Ouandago qui dessert une population de 15.000 personnes et le centre de santé de l'hôpital préfectoral de Nana-Grebizi qui dessert environ 28.000 personnes. Ces deux centres desservent une région dans un rayon d'une quinzaine de kilomètres.

L'Initiative de Bamako à Nana-Grebizi fonctionne depuis huit mois.

Organisation et participation communautaires

Chaque centre de santé a un comité dont les membres, élus par la communauté, sont des volontaires. Le vendeur de médicaments est le seul membre du comité qui reçoive une compensation pour son travail. Tous les comités du pays sont composés de la même manière. A Ouandago, un membre du comité, le trésorier, est une femme. Il semble que le comité de gestion tient une séance ouverte environ tous les 15 jours pour faire rapport à la population sur ses activités et discuter des besoins de la communauté. Les décisions sont prises par consensus.

Les villageois ont contribué à la réparation de certaines des installations et à l'achat des matériaux de construction. On ne leur a pas demandé de contribuer financièrement à l'achat des médicaments. Les membres de la communauté ont construit les barrières et viennent régulièrement nettoyer l'hôpital et le centre de santé ainsi que la cour.

Cette communauté bénéficie de la présence d'animateurs qui sont des fonctionnaires du développement rural chargés de la prévention sanitaire. Il semble que les animateurs recevront des mobylettes de l'UNICEF pour faciliter leur travail. Les animateurs sont des volontaires des villages choisis par le maire. Parmi les 13 animateurs ayant reçu une formation, il y a une seule femme.

Les membres du comité de gestion ont indiqué que les femmes n'ont pas le temps de participer aux réunions mais si elles deviennent membres du comité elles

veulent être rémunérées pour leur travail. Sur un total de 52 membres, sept sont des femmes.

Achat et distribution de médicaments, et approvisionnement

Fourniture et gestion des médicaments. L'Initiative de Bamako a recours à UNIPAC pour s'approvisionner en médicaments. Le délai de livraison, qui est d'au moins six mois et souvent plus, est un point faible du système. Lors des visites sur le terrain, certains médicaments manquaient, et on ne savait pas lorsqu'ils arriveraient dans le pays. Le personnel de l'UNICEF commande les médicaments et les fournitures médicales et l'UNICEF les transporte gratuitement jusqu'aux sites. Il n'est pas prévu pour l'instant d'installer des dépôts intermédiaires.

Les formulaires de stockage de médicaments sont complets et utilisés correctement. Les gérants comprennent bien les besoins minimums et les utilisent correctement.

Financement des médicaments. Le prix des médicaments est fixé par le comité de gestion selon une fourchette donnée par l'UNICEF. La marge sur le prix des médicaments d'UNIPAC livrés à Bangui est de 30 %. Les dépenses de stockage, de manutention et de transport sont couvertes par l'UNICEF. Au début, l'UNICEF n'imposait pas de limite supérieure aux prix des médicaments mais a dû le faire lorsqu'un site a augmenté ses prix de façon non raisonnable.

L'UNICEF fournit l'approvisionnement en médicaments pendant la première année aux projets de l'Initiative de Bamako.

Il n'existe pas de système officiel pour donner les médicaments gratuitement aux indigents ou les subventionner : leur famille ou leurs amis doivent payer pour ceux qui sont trop pauvres pour le faire.

Systèmes de financement et gestion financière

Tarifs, et sources et emploi de fonds. L'UNICEF a proposé au Ministère de la santé un tarif pour les consultations, mais ce tarif n'a pas été approuvé. La seule source de crédits est donc la vente de médicaments. L'UNICEF demande que la communauté contribue à la construction d'une pharmacie avec des matériaux locaux et de la main-d'oeuvre locale, mais elle couvre tous les autres coûts, y compris le stock initial de médicaments gratuitement.

Comme l'UNICEF a décidé que les comités ne pourraient pas utiliser leurs fonds pendant la première année, le gérant de la pharmacie n'est pas payé et le comité de gestion ne peut déterminer si les revenus couvrent les dépenses. L'UNICEF a reconstitué le stock de la pharmacie. Les comités locaux ne savent pas combien coûteront les médicaments.

Gestion financière. Le projet utilise un système bien développé de gestion comptable et financière. Il comprend : un quittancier, un cahier de versements journaliers, un cahier de consommations journalières et un livre de caisse. Les fonds sont contrôlés chaque jour par le commissaire aux comptes qui est membre du comité de gestion; puis ils sont remis au trésorier et déposés dans un coffre-

fort sur le site. L'argent est transféré du site pendant les visites périodiques de l'UNICEF.

Formation

Le personnel de santé et certains villageois ont reçu une formation en information, éducation et communication (IEC) pendant 11 jours, plus d'un an et demi avant le début du projet. La formation technique a été réalisée par le médecin chef. Elle comprenait : gestion des médicaments, comptabilité, utilisation d'un ordinogramme, interaction entre le prestataire et le patient. Aucun recyclage n'a eu lieu avant la mise en oeuvre effective des activités. L'infirmier a mentionné qu'il aurait pu bénéficier d'un recyclage sur l'utilisation de l'ordinogramme, car il avait quelques problèmes à s'en servir. L'UNICEF a reconnu le besoin de recyclage, mais le budget ne prévoyait pas de crédits pour cette activité.

Suivi

En principe, le médecin chef assure la supervision technique mensuelle. En réalité, il est peu probable que cette supervision ait lieu chaque mois parce que le médecin chef a trop de centres de santé à superviser. L'UNICEF se charge de la supervision de la gestion du stock de médicaments.

L'Initiative de Bamako a recours au personnel sanitaire de l'Etat à qui elle fournit une formation et des mobylettes. Le personnel chargé des soins préventifs ne touche pas la ristourne de 30 % dont bénéficient les prestataires de soins curatifs.

Conclusion

Le système de gestion financière est bien développé et la formation a été bien conçue et exécutée - le personnel comprend et utilise les instruments financiers et de gestion des stocks à sa disposition. Il semblerait que le montant de marge sur les médicaments est insuffisant pour couvrir les coûts d'entreposage, de manutention et de transport. Dans la plupart des cas, il n'est probablement pas nécessaire de faire des contrôles et des dépôts quotidiens - une fois par semaine serait suffisant. Le temps et l'effort nécessaires au commissaire aux comptes et au trésorier pourraient les pousser à demander une compensation monétaire.

Dans les deux centres visités les patients ont indiqué qu'ils étaient satisfaits des services. Dans le centre de Nana-Grebizi et à l'hôpital, les relations entre prestataires et patients se sont améliorées parce que, autrefois, lorsqu'il n'y avait pas de médicaments, les patients blâmaient les prestataires qui, à leur avis, gardaient les médicaments. En outre, le temps d'attente a été raccourci. Les patients attendaient autrefois deux heures ou plus pour que l'on nettoie le centre de santé avant que les consultations ne commencent. Maintenant, des membres de la communauté viennent nettoyer la salle de soins.

Le comité a indiqué que davantage de patients viennent au centre maintenant qu'ils peuvent s'y procurer des médicaments.

REGION I

PROJET DE RENFORCEMENT DES SERVICES DE SANTE DE DEKOA ET KEMO

Historique et objectifs

Ce projet qui est financé par le PNUD, le FENU et l'UNICEF est situé dans deux sous-préfectures de la préfecture de Kemo et dans la sous-préfecture de Dekoa. Le projet met à l'épreuve une méthode de réhabilitation fonctionnelle du système sanitaire public basé sur une association de partenariat entre l'Etat, les communes et les populations pour financer et gérer le secteur sanitaire. Ce projet comprend deux centres sanitaires à Mala et Dekoa, et quatre postes de santé à Daya, Tilo, Dissikou et Damire. On estime que la population totale couverte est de 25.000 personnes. Le projet s'étend sur 43 villages. Dekoa est un centre d'aiguillage où le projet a rénové et construit des installations. Le centre de santé de Dekoa fournit une gamme complète de services hospitaliers et a environ 60 lits.

Il s'agit d'un projet pilote de trois ans qui a débuté en septembre 1992; il pourrait être prolongé à la fin de sa première phase. Le principal objectif du projet est de mettre au point une stratégie locale de soins de santé primaires et de recueillir des données qui pourraient contribuer à l'élaboration d'une stratégie de cofinancement et de gestion du système de santé en République centrafricaine. Si les résultats du projet pilote sont satisfaisants, il pourrait être prolongé en tenant compte des recommandations sur sa généralisation. Dans le document de projet, les activités sont prévues en trois phases avec des objectifs spécifiques pour chacune d'elles.

La première phase comprend :

a. une évaluation du système de santé et des propositions pour sa réhabilitation;
b. des estimation du coût des opérations normales de différents centres ou postes de santé, ainsi que de l'autofinancement par la population, et le choix du mode de financement autonome par la communauté;
c. une enquête socioéconomique sur le budget des ménages, le comportement des personnes lorsqu'elles sont malades et les organisations sociales existantes;
d. la mobilisation de la communauté pour qu'elle se prenne en charge et fournisse les matériaux de construction ou de rénovation des structures de santé, organise la création de comités de gestion et passe un engagement écrit avec le gouvernement définissant les responsabilités de chaque partenaire pour la mise en oeuvre du projet.

La seconde phase comprend :

a. la fourniture de médicaments essentiels, d'équipement et de petit matériel;
b. l'identification de sources d'achat des médicaments aux coûts le plus bas possible.

c. l'élaboration d'un système efficace de gestion;
d. la détermination de tarifs tenant compte des désavantagés;
e. la mise au point d'un système financier pour surveiller les transactions monétaires;
f. la construction ou la réparation des installations;
g. la formation du personnel de santé à l'emploi de protocoles de traitement (ordinogrammes) et du comité de gestion en matière d'administration.

La troisième phase comprend :

a. la mise en oeuvre, l'évaluation et l'élaboration d'un protocole de généralisation de cette expérience au système de soins de santé primaires.

Organisation et participation de la communauté

Les communautés ont fourni la main-d'oeuvre et les matériaux locaux pour la construction ou la rénovation des bâtiments et ont formé des comités de gestion. La population de Dekoa a contribué pour environ 105.000 francs CFA en matériaux de construction pour construire et rénover le centre de santé de Dekoa. Les bailleurs de fonds ont fourni les matériaux importés, le matériel, la main-d'oeuvre spécialisée, les médicaments et l'assistance technique.

Le comité de gestion de Dekoa se réunit une fois par mois avec les dirigeants du projet pour discuter des problèmes et du fonctionnement du centre et faire le bilan des activités. En cas de conflit pour atteindre une décision, les deux parties négocient.

Selon les rapports, le projet a mené des discussions de motivation et de planification (sensibilisation) avec les communautés pendant deux ans.

Achat et distribution de médicaments, et approvisionnement

Achat des médicaments et gestion. L'UNICEF a fourni le stock de médicaments d'origine. Le personnel du projet est responsable des nouvelles commandes et s'adresse à UNIPAC. Il n'a indiqué aucun délai ou rupture de stock. Il existe un dépôt à Dekoa qui sert à la fois de pharmacie centrale pour les autres formations sanitaires et de pharmacie pour le centre sanitaire de Dekoa. Les médicaments et fournitures sont transportés par le personnel du projet à partir de Bangui. Les gérants locaux viennent à Dekoa pour approvisionner leurs pharmacies. Le transport se fait soit par taxi bus, payé par les centres, soit à bicyclettes, fournies par le projet. Les achats se font selon les besoins.

Le centre de santé de Dekoa et les installations sanitaires locales visitées utilisaient des fiches de stock. Le centre de Dekoa dispose de plus de 120 médicaments et fournitures médicales et les installations locales ont un stock d'environ 60 médicaments.

Financement des médicaments. Les comités locaux déterminent les prix des médicaments selon une fourchette donnée par le projet : une marge de 20 à 30 % sur les coûts des médicaments livrés à Bangui. Cette fourchette semble être adéquate pour permettre de reconstituer les stocks.

Systèmes de financement et gestion financière

Tarifs. Dekoa utilise le système du paiement à l'acte. Les autres centres de santé plus petits font payer les consultations, les hospitalisations et les médicaments. Les tarifs ont été établis par le personnel du projet et les comités de gestion locaux. Le personnel de santé reçoit une ristourne de 30 % sur les honoraires des consultations. Le gérant est payé entre 4.000 et 5.000 francs CFA par mois. Les fonds servent également à d'autres activités liées à la santé dans la communauté telles que la réparation des pompes des puits ou l'entretien des bâtiments des formations sanitaires.

Le centre de santé de Dekoa fait payer tous les services : consultations, examens de laboratoire, hospitalisations, chirurgie. Ces tarifs sont établis par le personnel, le comité de gestion local et le Ministère de la santé à Bangui. La pharmacie fait payer les divers services utilisant des médicaments et des fournitures médicales. Le comité de gestion paie ses factures sur le fonds général.

Il n'existe pas de système officiel pour fournir ou subventionner les services aux indigents. On s'attend que la solidarité familiale et communautaire paiera pour ceux qui ne peuvent le faire autrement.

Source et emploi des fonds. On a demandé à la population de fournir des matériaux locaux et la main-d'oeuvre, et le projet a fourni les matériaux importés et la main-d'oeuvre spécialisée. La population a refusé de fournir son travail gratuitement et il a fallu la payer. Pour les gros travaux (trois sites), on a engagé une entreprise de construction de Bangui. Aucune contribution monétaire n'a été demandée à la population locale, et le projet a fourni le stock initial de médicaments.

Au niveau local, les revenus provenant des ventes de médicaments servent à payer le salaire du gérant et à acheter des médicaments et des fournitures. Le personnel sanitaire reçoit 30 % des honoraires des consultations.

Au centre de santé de Dekoa, les ventes de médicaments servent à couvrir le salaire du gérant, à payer le personnel de soutien et à acheter des médicaments et des fournitures. Les revenus provenant des paiements d'autres services sont réunis et distribués au personnel sanitaire (30 %) et utilisés pour payer à la pharmacie les médicaments et les fournitures médicales utilisés par les services. La répartition interne de 30 % parmi le personnel de santé a été déterminée par celui-ci sans l'avis du personnel du projet.

Gestion financière. Le projet utilise un système de comptabilité et de gestion financière simple. Les fonds des villages sont recueillis une fois par mois et transférés à Dekoa où ils sont mis en sécurité. Tout d'abord, les fonds restaient dans le village mais ceci a mené à des abus. Le projet se propose de rendre graduellement les fonds aux villageois qui les géreront eux-mêmes mais en limitant le montant gardé au village.

A Dekoa, les fonds sont centralisés par le trésorier sous la supervision du personnel du projet.

Un instrument utile de gestion des stocks et de gestion financière a été mis au point pour enregistrer les ventes journalières de médicaments.

Formation

Le personnel du projet a organisé une formation en gestion et administration à l'intention des comités sanitaires et des comités de gestion. En deux ans, il y a eu une session de formation et deux séminaires de recyclage. Les 19 employés (personnel de santé, infirmières, matrones et aides-infirmières) ont appris à se servir d'un protocole de traitement ou ordinogramme. Ce personnel a participé à un séminaire de recyclage.

Système de suivi

La supervision technique et de gestion est assurée par la direction du projet et les homologues. La supervision technique est faite par l'assistant technique et son homologue.

Conclusion

Le projet de Dekoa est fortement tributaire du personnel expatrié du projet et aura besoin de davantage de travail pour s'institutionnaliser et devenir autonome.

Ainsi, le projet de Dekoa est un projet ambitieux comportant de nombreuses activités : construction de bâtiments, achat d'équipement (FENU), Initiative de Bamako (UNICEF), réhabilitation du système de santé (PNUD). La population pourrait être dépassée par toutes ces activités. Un projet d'une telle ampleur a besoin d'une longue période de sensibilisation et les intrants doivent être introduits progressivement pour donner à la population le temps de les comprendre et de les accepter.

En outre, il semble qu'il y ait une certaine résistance à Dakoa au principe de payer; cette résistance ne vient pas de la population mais du personnel médical et de l'élite locale. Il existe de nombreux détournements de médicaments et de fournitures dans les divers services, et nous avons appris que le personnel médical soigne des gens à l'extérieur à des tarifs inférieurs à ceux du centre. Bien que l'on puisse maîtriser le premier problème par une meilleure gestion des médicaments et des fournitures, il souligne l'une des principales leçons du projet de Dekoa : que le personnel de santé doit être persuadé des mérites du système de recouvrement des coûts et que les élites locales risquent de refuser qu'on impose un système de paiement pour les services.

Dans le cadre de l'ancien système, les élites locales, le personnel médical et leurs familles se faisaient soigner gratuitement. Le personnel médical bénéficiait de ces détournements de médicaments et de pots de vin pour leurs services. Ainsi, ces deux groupes sont des perdants nets dans le cadre du nouveau système. Des initiatives de communication et de motivation seront nécessaires pour ces groupes aussi bien que pour l'ensemble de la population.

Il n'est pas possible pour l'instant de dire comment cette composante pourrait être généralisée ou si elle sera durable. Mais les soins de santé et

les médicaments sont disponibles et un système fonctionne grâce à l'assistance technique et de gestion et aux importants investissements financiers auxquels la population a très peu contribué. Les fiches de stock et de gestion journalière des fonds mises au point par le projet sont pratiques et appropriées et pourraient être utilisées dans l'ensemble du pays.

REGION I

PROJET DE PHARMACIES VILLAGEOISES DANS LA PREFECTURE DE LOBAYE

Historique et objectifs

Ce projet comprend actuellement 15 pharmacies villageoises qui vendent environ 25 médicaments. Ces pharmacies viennent de réunir la contribution de démarrage ou de commencer à fonctionner en 1993. L'Agence canadienne de développement international (ACDI) a fourni une assistance technique pour ouvrir les pharmacies dans le contexte plus vaste d'un programme de renforcement des services pour le traitement et la prévention des maladies sexuellement transmissibles (MST) et du VIH/SIDA. L'objectif du projet de pharmacies villageoises est de mettre à la disposition de tous une source autofinancée de médicaments essentiels pour les soins de santé primaires, y compris le traitement des MST.

Le projet aide à créer des pharmacies uniquement dans les cas où il existe une infirmière dans une formation sanitaire publique proche étant donné que la plupart des médicaments sont délivrés sur ordonnance. Sur les 25 médicaments, seuls l'aspirine et les préservatifs peuvent être achetés sans ordonnance. La pharmacie villageoise elle-même fournit alors le vendeur et le trésorier, ainsi qu'un comité de gestion. Il y des villages qui demandent des pharmacies, mais ils n'ont pas d'infirmière proche. La distance moyenne d'une pharmacie pour la population qui ne vit pas dans le bourg est de 6 à 8 km.

L'équipe a visité deux sites : le village de Bobangui qui a 3.000 habitants et le village de Bouchia qui en a 7.000.

Organisation et participation communautaires

A l'origine, le médecin coopérant financé par l'ACDI a pris contact avec les notables, les chefs de quartiers et l'infirmier du village dans les zones ayant des centres de santé et a organisé des réunions avec la population pour expliquer le concept de pharmacie villageoise et de financement communautaire. En général, le médecin coopérant a organisé trois réunions d'une demi-journée environ pour arriver à un consensus et planifier le processus et former la population. Si un village ne montre aucun intérêt pendant la première visite, le médecin coopérant n'y retourne pas.

Le projet a imposé deux conditions préalables. Une contribution financière de 80 % de la population dans tous les villages desservis par une pharmacie villageoise et l'élection d'un comité de soins de santé primaires et d'un comité de gestion. Le comité de gestion comprend un président, un trésorier, un trésorier adjoint, un vendeur de médicaments et un comptable. Le principal objectif du comité est de gérer la pharmacie et les revenus provenant des ventes de médicaments.

Les comités de gestion ont décidé que le montant des cotisations serait généralement de 200 francs CFA par adulte. Les personnes refusant de contribuer doivent payer plus cher pour les médicaments ou payer leur cotisation avant

d'avoir le droit d'en acheter. Le projet canadien a donné à chaque communauté une somme équivalente à sa contribution initiale. La communauté était responsable de la construction d'une pièce ou de la rénovation d'une structure existante pour loger la pharmacie et de fournir les étagères pour y ranger les boîtes de médicaments.

Achat et distribution de médicaments, et approvisionnement

Le projet achète des médicaments à la société ECHO à Londres au même prix qu'à UNIPAC mais la livraison est plus rapide. Le médecin coopérant distribue actuellement les médicaments dans les pharmacies villageoises lors de ses visites de supervision. Le dépôt de médicaments préfectoral de Mbaiki est géré par le projet. A la fin de décembre 1993, la gestion sera transférée aux Soeurs spiritaines de Mbaiki. D'autres réunions ont été organisées avec CARFAM, une ONG italienne locale qui a parrainé des systèmes de pharmacies villageoises similaires dans une autre sous-préfecture de Lobaye, pour discuter de la coordination des achats de médicaments, de leur entreposage et de leur distribution. Comme il n'y a pas de banques à Mbaiki, les fonds devront être déposés sur un compte à Bangui.

Système de financement et gestion financière

Le projet a fixé le prix de vente des médicaments et examinera la structure des prix lorsqu'il fonctionnera depuis un certain temps pour déterminer s'il atteint son objectif de couvrir tous les coûts et de fournir en outre une marge que les villages pourront investir dans d'autres projets communautaires.

En général, une marge de 40 % est ajoutée au prix d'achat des médicaments pour couvrir les coûts de transport en République centrafricaine et les droits de douane. A la pharmacie villageoise, les médicaments sont vendus à deux fois leur prix d'achat; les prix sont les mêmes dans toutes les pharmacies du projet. Le dépôt de la préfecture et les pharmacies villageoises se partagent cette marge bénéficiaire. Les revenus sont utilisés pour réapprovisionner le dépôt et la pharmacie et couvrir les frais de transport local et le fonctionnement. La marge bénéficiaire des médicaments les plus chers est moins jélevée de façon à ce qu'ils restent à la portée de tous.

Le vendeur de la pharmacie villageoise reçoit soit 10 % des recettes, soit 5.000 francs CFA (le chiffre le plus élevé); il travaille de 2 à 4 heures par jour, sept jours par semaine. Une fois que les pharmacies auront atteint leur régime de croisière, les recettes fourniront un bénéfice qui pourra être utilisé pour des projets communautaires tels que la construction d'une maternité, de latrines, de puits, etc.

Le vendeur enregistre tous les jours, dans un cahier, les ventes de médicaments et les recettes et garde les ordonnances. Chaque fois que l'on reconstitue les stocks, le comité de gestion et le personnel du projet vérifient que les recettes correspondent aux médicaments vendus en multipliant, pour chaque médicament, la quantité vendue par le prix. Ils comparent également les ventes avec les ordonnances pour s'assurer que seules les personnes ayant une ordonnance ont pu acheter des médicaments. Ce contrôle sert à éviter que les médicaments ne soient achetés et revendus à profit par des "hommes d'affaires". La

vérification des recettes et des ordonnances se fait tous les quinze jours. Dans une pharmacie qui venait d'ouvrir, les ventes quotidiennes étaient en moyenne de 4.500 francs CFA. Le trésorier garde l'argent. Une fois par mois on réalise un inventaire.

Il n'existe pas de système institutionnalisé pour s'occuper des indigents et toutes les personnes recevant des médicaments doivent les payer, mais il existe des système de soutien communautaire venant en aide aux personnes en situation de crise. A Bouchia par exemple, lorsqu'un indigent a besoin d'aide, les membres du comité contribuent à l'achat de médicaments. En général chaque communauté traite les indigents de façon différente.

Les pharmacies villageoises affichent la liste des personnes ayant versé leur cotisation, et une liste des médicaments est affichée bien en évidence dans des endroits publics comme la pharmacie villageoise, le cabinet du maire, le centre de santé, etc. Les membres paient le prix affiché normal. Ceux qui n'ont pas cotisé paient davantage chaque fois qu'ils font un achat. Les membres des comités ont expliqué que de cette façon les personnes réticentes comprennent que c'est plus avantageux de contribuer comme le reste de la population.

Formation

Tous les membres du comité participent avec le vendeur à une formation d'une journée en gestion et inventaire des stocks et utilisation des formulaires. Les infirmières reçoivent une formation à l'identification des MST/SIDA en laboratoire et à l'utilisation d'un ordinogramme.

Système de suivi

Le médecin coopérant ainsi qu'un assistant engagé par le projet supervisent l'approvisionnement en médicaments et la gestion financière. Ils font en général des visites de supervision tous les deux mois une fois que la pharmacie est bien établie. Le responsable médical du Ministère de la santé supervise l'infirmière du centre de santé.

La supervision et le suivi continus seront parmi les principaux problèmes lorsque l'assistance canadienne prendra fin. Il n'y a qu'un seul médecin du Ministère à la préfecture, et il est responsable de l'hôpital préfectoral ainsi que de toute la supervision.

Conclusion

Les villageois des sites visités sont très motivés et satisfaits de leur oeuvre. Bien que cette initiative vienne de l'extérieur, la communauté l'a faite sienne par son engagement envers sa réussite. Les comités ont exprimé leur satisfaction du fait que l'on peut maintenant se procurer les médicaments à un coût raisonnable sans avoir à se déplacer au loin.

Le projet a commencé à petite échelle avec une pharmacie. La démonstration a bien réussi et les populations ont été convaincues qu'une majorité de villageois pouvaient contribuer à un projet, que les cotisations ont bien été

utilisées pour créer une pharmacie, et que la pharmacie pouvait fonctionner sous le contrôle du village.

REGION II

PROJET DE PHARMACIE VILLAGEOISE DE KWATISOAZO

Historique et objectifs

La première phase de ce projet dans la préfecture de Nana-Mambere a débuté en 1987 avec l'assistance de l'Eglise évangélique luthérienne de la RCA. Ses objectifs étaient d'aider à réparer les sous-centres de santé des communes de Bingue, Gallo et Foh pour qu'ils puissent servir de centres de référence pour les postes et cases de santé. La pénurie de médicaments dans les installations sanitaires publiques et les prix élevés demandés par les marchands locaux ont fait que l'Eglise a décidé de chercher des options de remplacement.

Le projet a proposé d'aider à créer des comités villageois et des pharmacies villageoises et de former du personnel sanitaire à collaborer avec les autorités sanitaires locales du Ministère. L'Eglise a aidé à organiser des réunions pour motiver les communautés et à créer des comités villageois. Le principal objectif de ces comités était d'aider les habitants à prendre en charge leur santé. Sur les 13 pharmacies villageoises créées il y a quatre ans, 10 fonctionnent toujours. La population qui y a accès est d'environ 13.000 personnes.

Les objectifs du projet étaient les suivants :

a. aider à créer 23 comités villageois dans les communes de Bingue et Foh pour couvrir la population des ces communes;

b. former 46 agents de santé et 46 matrones traditionnelles dans les villages ayant des comités;

c. aider à créer 15 pharmacies villageoises à Bingue et Foh où il existe des comités villageois et du personnel ayant reçu une formation;

d. aider à fournir des médicaments génériques essentiels de faible coût aux pharmacies villageoises et à créer un dépôt local de médicaments;

e. faire suivre régulièrement un recyclage aux agents de santé et aux matrones;

f. enseigner l'hygiène élémentaire; et

g. continuer à aider les sous-centres de santé de Bingue, Foh et Gallo en transportant les vaccins pour le programme de vaccination (PEV) et aider au recyclage pour assurer la qualité des soins de santé maternelle et infantile (SMI).

Organisation et participation communautaires

Le projet fonctionne en coopération avec les autorités du Ministère et les villageois. Un animateur rural a été engagé pour aider à créer le comité.

Soixante-quinze pour cent au moins de la population doivent assister aux trois réunions nécessaires pour créer un comité et 85 % des habitants doivent contribuer de 25 à 150 francs CFA par adulte au stock initial de médicaments. Le comité villageois comprend un représentant de chaque groupe important : un homme marié, une femme mariée, un homme âgé, une femme âgée, un célibataire, une célibataire, le chef de village, des fonctionnaires (policiers, instituteurs, agents de santé, etc.) et des chefs religieux. Le comité de gestion de la pharmacie villageoise est un petit sous-groupe du comité villageois.

Achat et distribution des médicaments, et approvisionnement

Le projet a créé un dépôt de médicaments génériques essentiels à Gallo-Boya qui dessert les communes de Bingue et Foh. Le dépôt achète les médicaments par l'intermédiaire de l'Association des églises pour la santé centrafricaine (l'AESCA) ou par l'intermédiaire de l'Eglise luthérienne du Cameroun ou des pharmacies centrales africaines locales. Il y a environ cinq médicaments à la pharmacie villageoise qu'elle achète au dépôt.

Système de financement et de gestion financière

La communauté, par l'intermédiaire du comité de gestion, participe à la gestion financière et administrative des pharmacies. Elle contribue également aux dépenses de formation et de recyclage.

Le directeur du projet est payé par l'Eglise évangélique luthérienne qui paie également les dépenses de fonctionnement des véhicules. Au cours des 18 premiers mois des activités du projet, le salaire de l'animateur rural était versé par l'Eglise. Peu à peu l'Eglise a réduit sa contribution au salaire de l'animateur rural. Cette réduction sera compensée par les bénéfices sur les ventes de médicaments qui, éventuellement, paieront la totalité du salaire de l'animateur.

Une marge bénéficiaire de 200 à 250 % est ajoutée au prix des médicaments pour couvrir les frais de transport et autres. Une partie de cette marge sert à subventionner le salaire de l'animateur. Le reste est utilisé par les villageois pour donner un petit salaire au vendeur de la pharmacie qui travaille à temps partiel et pour investir dans des projets communautaires tels que l'achat d'un uniforme pour la matrone, l'achat d'un ballon de football, la construction d'un barrage autour d'une source, l'achat de bétail, etc. S'assurer que les bénéfices sont utilisés pour une entreprise communautaire visible, aide à éviter ou réduire les vols.

Il existe un livre pour chacun des cinq médicaments où l'on enregistre les achats journaliers. Les médicaments restants et l'argent sont comptés à la fin de la journée. Une fois par mois le projet réalise un audit de l'argent et des médicaments, puis paie les dépenses. Dans le site visité, le vendeur de médicaments reçoit 3.000 francs CFA tous les six mois selon les bénéfices.

La communauté permet aux indigents d'obtenir leur prescription et de payer plus tard quand ils sont guéris.

Formation

Deux à trois matrones traditionnelles et agents sanitaires par village, désignés par leur communauté, ont reçu une formation d'une semaine avec la coopération des chefs de centres de santé. Les comités de gestion reçoivent une formation en gestion des stocks et enregistrement des données et contrôle financier.

Système de suivi

L'administrateur engagé localement, qui est également un animateur, est responsable de la supervision technique, administrative et financière. L'administrateur du projet gère également le dépôt. Le directeur du projet aide l'administrateur du projet et le supervise.

Conclusion

Les habitants sont bien motivés et on les aide à se prendre en charge. La population non seulement comprend le besoin de médicaments et le besoin de les payer si elle veut un approvisionnement fiable mais elle affirme que l'état de santé du village s'est amélioré depuis qu'il est facile de se procurer des médicaments pour soigner les problèmes courants.

Il est nécessaire de sensibiliser les villageois pour leur faire comprendre que les femmes doivent recevoir le même salaire que les hommes. Dans les sites visités, le vendeur était payé sur les recettes des médicaments, mais la matrone ne l'était pas alors que, (contrairement à la tradition dans la plupart des autres endroits) elle ne recevait rien autrement pour ses services.

Les villageois ont également indiqué qu'il est possible que les services du guérisseur traditionnel coûtent plus cher que les services du centre de santé ou de l'hôpital publics, mais que les paiements se font en nature et non pas en espèces. En outre, les villageois ont l'habitude de payer les services de santé et les médicaments, ce qui n'est pas le cas des fonctionnaires.

REGION III

PROGRAMME DU CENTRE DE SANTE DE NGAOUNDAYE

Historique et objectifs

Le programme de santé de Ngaoundaye consiste de soins donnés au centre de santé, dans les 14 postes de santé et les 8 cases de santé. Le centre de santé est un hôpital complet de 63 lits, dépendant du Ministère.

Les activités sanitaires du centre de santé de Ngaoundaye et des postes et cases de santé des environs sont financées en partie par une mission et une ONG catholiques italiennes dans le cadre d'un programme de développement intégré. La mission finance actuellement l'activité d'un médecin, le Dr Ione Bertocchi qui travaille à Ngaoundaye depuis 15 ans. Elle dépend du Ministère et dirige le centre de santé et supervise toutes les activités sanitaires de la zone. En plus du Dr Bertocchi, le Ministère a affecté du personnel sanitaire pour travailler au centre; le personnel sanitaire et d'appui supplémentaire est payé par les fonds générés par le centre (*voir ci-dessous*).

Les premiers postes de santé ont été établis en 1983. Leur personnel consiste d'un secouriste qui consulte et dispense une soixantaine de médicaments. Les secouristes ont reçu une formation d'une année au centre de santé de Ngaoundaye. Les cases de santé ont un agent de santé qui voit les patients et leur prescrit de 10 à 15 médicaments. Les agents de santé ont également reçu une formation de trois mois à Ngaoundaye.

La base de clients est vaste et les patients viennent de toute la région, y compris du Tchad et du Cameroun. Les postes et cases de santé sont répartis de façon égale dans la Sous-préfecture de Ngaoundaye et au-delà. Il faut jusqu'à quatre heures pour arriver à la formation sanitaire la plus éloignée. On ne connaît pas le nombre total d'habitants concernés.

Organisation et participation communautaires

Afin de créer un poste de santé, la population doit fournir 150.000 francs CFA pour l'achat de médicaments, et des matériaux locaux (sable, gravier, briques de terre) ainsi que la main-d'oeuvre pour les travaux de construction. Un organisme local de développement, l'Agence centrafricaine de développement de l'Ouaham Pende - ACADOP, fournit les matériaux importés et paie un maçon pour superviser la construction. Une partie des 150.000 francs CFA recueillis sert à payer les frais du personnel de santé pendant la formation.

Un comité de gestion est élu par la population. Il se compose d'un président, d'un trésorier et d'un secrétaire. Le secouriste remet les fonds provenant des ventes de médicaments une fois par semaine au trésorier. Le comité se réunit périodiquement pour superviser les activités du centre : c'est-à-dire faire l'inventaire des médicaments ainsi que le contrôle des livres et de l'argent. Le secrétaire et le secouriste sont responsables des achats de médicaments. Les membres du comité ne reçoivent pas de compensation. Des assemblées générales sont organisées périodiquement - mais pas à date fixe - pour

tous les villageois intéressés par le fonctionnement du poste de santé. La longueur du mandat des membres du comité n'est pas fixée non plus. Les cases de santé sont établies et fonctionnent de façon similaire.

Pour l'instant, le centre de santé de Ngaoundaye n'a pas de comité de gestion sanitaire. Le personnel du centre discute de diverses stratégies qui encourageraient la population ainsi que les autorités locales à participer à la gestion du centre de santé.

Achat et distribution des médicaments, et approvisionnement

Fourniture des médicaments et gestion. Le Dr Bertocchi passe les commandes de médicaments et les achète par l'intermédiaire de contacts formels et informels. Normalement, il s'agit de médicaments génériques, achetés en Europe par l'intermédiaire de sociétés à but non lucratif (IDA, METEOR, UNIPAC) ou qui proviennent directement d'un laboratoire allemand. Une bonne quantité de médicaments est donné au centre de santé par la mission italienne et d'autres groupes. Les médicaments arrivent par avion jusqu'à Bangui où le médecin ou d'autres membres de la mission vont les chercher avec des véhicules de la mission. Ils sont entreposés soit à la Pharmacie rurale pour les postes et cases de santé, soit à la pharmacie pour le centre de santé. Bien qu'ils s'approvisionnent aux mêmes sources, il existe, en fait, deux systèmes séparés de distribution et de gestion.

La Pharmacie rurale a été créée pour fournir et réapprovisionner les postes et cases de santé. Elle ne vend qu'aux postes et cases supervisés par le personnel sanitaire de Ngaoundaye. Les médicaments sont vendus avec une marge suffisante pour couvrir les coûts de transport depuis Bangui et le salaire du gérant. Le gérant est aussi le comptable du centre de santé. Son salaire est payé par les deux installations. Les postes et les cases de santé ajoutent 100 % de marge au prix de la Pharmacie rurale. Cette marge couvre tous les coûts (*voir ci-dessous*).

La pharmacie du centre de santé vend les médicaments aux patients non hospitalisés qui ont une ordonnance rédigée par le personnel sanitaire. Les patients hospitalisés ne paient pas les médicaments car leurs coûts sont inclus dans le tarif de l'hospitalisation.

Des fiches d'inventaire sont utilisées à tous les niveaux de gestion des médicaments. Pour les ordonnances des patients non hospitalisés, on se sert d'un formulaire appelé RUMER, Registre d'utilisation de médicaments et recettes.

Il y a toujours des médicaments disponibles. Le Dr Bertocchi passe une ou deux grandes commandes par an, mais une des principales préoccupation est le délai de livraison depuis l'Europe. Si les médicaments n'arrivent pas à temps, le Dr Berthocchi doit acheter les médicaments dans le pays auprès de pharmacies commerciales à un prix beaucoup plus élevé. Comme le prix de vente des médicaments n'est pas ajusté pour tenir compte de ces frais supplémentaires, ces achats entraînent de lourdes pertes pour le système. Ngaoundaye envisage d'acheter les médicaments par l'intermédiaire du dépôt régional de Bossangua dès qu'il sera opérationnel. (*Voir PNUD/Développement communautaire pour plus de détails.*)

Financement des médicaments. Dans tout le système de Ngaoundaye les médicaments sont vendus à un prix couvrant le coût de la reconstitution des stocks ainsi que la plupart des coûts de transport, de manutention et de gestion des médicaments. Les dépenses de change lorsque l'on place une commande en Europe ne sont pas couvertes dans le prix des médicaments; le médecin couvre ces dépenses et toutes pertes associées au taux de change. Les dépenses de transport dans le pays sont couvertes par la mission. La marge de 100 % utilisée par les postes et cases de santé couvre le coût des transports et le salaire de l'agent de santé. La marge au niveau de la Pharmacie rurale couvre le coût de la gestion ainsi que le salaire et les dépenses du superviseur.

Il n'existe pas de système officiel pour fournir ou subventionner les médicaments aux indigents; on s'attend à ce que les familles ou les amis paient pour ceux qui sont trop pauvres pour le faire (*voir ci-dessous*).

Système de financement et gestion financière

Tarifs. Lorsque l'on discute des tarifs de Ngaoundaye, il faut faire une distinction entre les tarifs du centre de santé et les tarifs demandés dans les postes et cases de santé.

Aux postes et cases de santé, les patients paient les médicaments mais ne paient rien pour les services. La marge sur les médicaments fournit des fonds pour payer les secouristes aux postes de santé (salaires mensuels allant de 13.000 à 16.000 francs CFA), les coûts de transport (le coût des taxis ou des bus pour le secouriste ou le secrétaire qui va chercher les médicaments) et enfin les dépenses diverses (fournitures de bureau et entretien du bâtiment). La même marge couvre les coûts au niveau de la case de santé mais à la différence que les agents de santé ne reçoivent pas un salaire mensuel mais 10 % des recettes des ventes.

Au centre de santé, les tarifs sont basés sur l'épisode de maladie qui couvre les consultations, les examens de laboratoire, l'hospitalisation et/ou l'intervention chirurgicale. Par exemple, après avoir payé la consultation initiale (100 francs CFA par adulte) une consultation externe de suivi pour la même maladie est gratuite. Pour les enfants, il n'y a pas de paiement supplémentaire une fois que la consultation est payée (50 francs CFA). Les médicaments nécessaires pour traiter la maladie sont vendus à un tarif fixe. Un patient hospitalisé pour une maladie paie un supplément qui couvre toutes les dépenses liées à cette maladie.

Il n'y a pas de système officiel pour fournir ou subventionner les services rendus aux indigents dans les postes, les cases ou le centre de santé. On fait appel à la solidarité familiale ou communale pour payer pour ceux qui ne peuvent le faire. Au centre de santé, seul le médecin peut permettre à un patient de ne pas payer, au cas par cas. Il est difficile de calculer le nombre d'indigents, mais le médecin a indiqué que la plupart des patients paient la totalité de ce qu'ils doivent et que les cas d'indigence réelle sont rares.

Sources et emplois des fonds. Aux postes et cases de santé, les fonds de démarrage des activités proviennent de la contribution de la communauté. La mission donne des fonds de contrepartie qui servent à acheter des médicaments.

Comme on l'a indiqué plus haut, l'ACADOP fournit les matériaux de construction importés pour la construction des postes et cases de santé et paie un maçon pour superviser la construction. Les revenus provenant des ventes de médicaments fournissent les fonds pour compenser le personnel sanitaire, payer l'achat des médicaments et des fournitures médicales et couvrir le coût des transports et les dépenses diverses.

La mission et d'autres bailleurs de fonds ont fourni des crédits pour la construction et l'entretien du centre. Autrefois, le Ministère fournissait des crédits de fonctionnement, mais le centre n'a reçu pratiquement aucuns crédits publics depuis plusieurs années. Le Ministère paie le salaire de certains membres du personnel de santé.

Les crédits d'exploitation proviennent généralement des consultations et du paiement des hospitalisations, ainsi que de la vente de médicaments aux patients non hospitalisés. Ces fonds servent à payer du personnel médical supplémentaire, le personnel de soutien et à fournir une ristourne au personnel du Ministère. Tout le personnel reçoit une prime pour le travail de week-end, pour les heures supplémentaires et pour être de garde. Le personnel du Ministère reçoit également 30 % des paiements des interventions chirurgicales. Les fonds servent, par ailleurs, à acheter des médicaments et des fournitures médicales, ainsi que des fournitures de bureau, à entretenir les bâtiments, bien que comme mentionné ci-dessus, les dons servent également à l'entretien.

La Pharmacie rurale est une organisation autonome établie pour servir de dépôt régional de médicaments et de fournitures médicales pour les postes et cases de santé. La mission a fourni les fonds pour acheter le stock initial de médicaments et de fournitures médicales. Les fonds d'exploitation générés par les ventes de médicaments et de fournitures aux postes et cases de santé paient la reconstitution des stocks, le salaire du gérant et les dépenses de supervision (salaire, transport et frais divers).

Gestion financière. Le système de comptabilité est très simple dans les postes et cases de santé. Le trésorier a un cahier de caisse où il enregistre les dépôts et les dépenses chaque semaine. L'agent de santé a parfois un cahier journalier. Une ou deux fois par mois, on fait les comptes avec le comité et le superviseur, et on procède aussi à l'inventaire du stock. Le comité décide comment utiliser les fonds.

Le trésorier garde les espèces jusqu'à ce que l'on en ait besoin. L'agent de santé et le secrétaire vont ensemble acheter les médicaments à la Pharmacie rurale.

Jusqu'à récemment, la plupart des postes et cases de santé étaient sous le contrôle direct du centre de santé de Ngaoundaye. Les fonds étaient transférés à Ngaoundaye et le médecin décidait comment et quand les dépenser – y compris la rémunération de l'agent de santé. L'année dernière, tous les postes et cases de santé sont devenus autonomes, aussi bien en termes monétaires que de gestion.

Le système comptable du centre de santé est bien développé et complexe. La comptabilité est tenue sur la base encaissement et décaissement et sur la base des coûts (on donne un prix aux dons et on les inscrit sur les livres). Le

système est géré par un comptable et fournit des données de base sur les revenus et les dépenses, mais les données par centres de coût sont plus difficiles à obtenir. Ainsi, on peut déterminer si les recettes couvrent les coûts mais non pas si les tarifs d'un service donné couvrent les coûts de ce service. Il n'y a pas de manuel de procédures et aucune vérification comptable extérieure du système n'est faite.

Le comptable sert de caissier journalier et reçoit les fonds des divers services. Ces fonds sont transférés au compte de la mission pour payer les dépenses.

Formation

Le personnel de santé des postes et cases de santé a reçu une formation d'un an et de trois mois respectivement au centre de Ngaoundaye. La formation a été principalement d'ordre médical mais comprenait également la gestion des stocks de médicaments et la gestion financière. Chaque année, tout le personnel médical participe à un recyclage d'au moins une session couvrant des sujets médicaux et non médicaux. Le comité participe à un programme de formation sur le tas. Une formation périodique sur le tas est donnée pendant les visites de supervision.

Systèmes de contrôle

Les fonds générés par la Pharmacie rurale paient le salaire et les dépenses d'un superviseur. Le superviseur fait une visite à chaque site au moins tous les 15 jours. Pendant cette visite, on fait l'inventaire du stock, on équilibre les livres et on compte l'argent. Plusieurs questions et problèmes sont soulevés et résolus. Si le superviseur ne peut résoudre un problème (ou que le comité ne veut pas écouter ses conseils), on fait appel au médecin. Ces visites servent également à la formation sur le tas.

Comme mesure de contrôle supplémentaire, la Pharmacie rurale ne vend pas de médicaments à un poste ou à une case de santé dont les affaires ne sont pas en ordre avec le système, c'est-à-dire dont l'agent n'a pas reçu de formation ou dont le comité a refusé de recevoir le superviseur. Un poste de santé a été ainsi suspendu jusqu'à qu'il résolve certains problèmes de personnel.

Le centre de santé procède aux essais du système d'information sanitaire mis au point avec l'assistance de la Banque africaine de développement (Système national d'information sanitaire, SNIS). Ce système comprend des instruments de gestion financière utiles tels qu'un ratio d'autofinancement et un ratio de dépendance de l'extérieur.

Conclusions

Le centre de santé de Ngaoundaye démontre qu'un système de paiement par épisode de maladie est une bonne solution, bien acceptée par la population. Mais ce type de système exige une gestion financière complexe et des compétences en matière d'administration et de gestion financière que l'on trouvera difficilement dans la plupart des centres de santé de la RCA. L'exemple actuel de Ngaoundaye

peut être codifié dans un manuel de procédure et utilisé comme modèle d'un centre de santé fonctionnant bien.

La Pharmacie rurale fonctionne bien et l'utilisation des revenus pour financer les coûts de supervision est un modèle qui doit être généralisé. Le système de supervision et de suivi peut servir de modèle au Ministère.

Ce système dépend fortement du Dr Bertocchi et n'est peut-être pas suffisamment institutionnalisé pour être autonome. Une analyse approfondie des coûts aiderait à déterminer si le centre de santé est autonome au plan financier. Bien que certaines améliorations de la gestion financière puissent être utiles, le système de Ngaoundaye est de loin le plus sophistiqué.

POSTES DE SANTE DE DEVELOPPEMENT COMMUNAUTAIRE DANS LA REGION III

Historique et objectifs

Ce projet, financé par le PNUD/DTDC, le FENU et le FAD, a débuté en 1987. Pendant sa seconde phase, qui va de 1992 à 1996, le projet comprend un financement de la BAD et couvre 35 % de la population de la RCA. Ses objectifs sont les suivants : amélioration des conditions de vie des populations villageoises; accroissement de la production agricole par la promotion d'initiatives de développement local; et autonomie fonctionnelle de ces initiatives.

Les postes de santé, créés à l'initiative des villages, et qu'ils gèrent et financent eux-mêmes sont une des composantes du projet général de développement à base communautaire. Le projet coordonne ses activités avec les Ministères de la santé, des affaires sociales et du développement rural et le Centre de formation agricole et rurale pour aider à mettre en oeuvre la stratégie de soins de santé primaires, construire des pharmacies et centres de santé et former le personnel de santé. Le projet tente de collaborer avec les ONG et autres bailleurs de fonds internationaux comme l'UNICEF, GTZ et la CEE pour coordonner les ressources et éviter le chevauchement des efforts.

Organisation et participation communautaires

Les critères de sélection des villages étaient les suivants : taille du village, distance des centres de santé et autres centres d'affaires ou de commerce et intérêt pour le projet. Plusieurs réunions ont eu lieu avec la communauté pour recueillir des informations sur les besoins du village (ses ressources humaines, économiques, histoire des organisations, coopératives), ses problèmes (histoire de mauvaise gestion, querelles, division et séparation de groupes) et les solutions adoptées.

Après ces réunions, le village a le temps de prendre une décision. S'il n'y a pas d'accord sur les mesures à prendre, le processus s'achève là. En cas d'accord, le projet aide le village à établir des contacts avec les services techniques sur la façon de planifier et d'organiser l'activité définie par le village. Le village choisit une activité que peut financer le projet telle qu'une pharmacie, un magasin, un entrepôt, un moulin, etc. La population contribue pour 44 à 53 % des coûts de construction et 25 à 50 % du coût initial d'achat des médicaments. Le projet finance les activités avec des prêts à 10 % sur une période de trois ans.

Le projet réalise alors une étude de faisabilité standard qui dure environ six mois. Cette étude est discutée avec les villageois pour approbation. Après cet accord commence le processus de mobilisation de la contribution en espèces et en nature (matériaux de construction) que le village a accepté de fournir. Il faut environ un à quatre ans pour réunir cette contribution monétaire. Cette période de temps est essentielle pour que les villageois comprennent et acceptent leur engagement. Il faut environ trois semaines pour obtenir la contribution en nature.

Lorsque tout est prêt, un contrat de développement est signé entre le Comité villageois de développement et le projet. Ce contrat stipule les dispositions de financement, de gestion et les responsabilités de chaque partie.

Achat et distribution des médicaments et approvisionnement

Fourniture et gestion des médicaments. Le projet de développement communautaire du PNUD achète les médicaments à un fournisseur local, SODIPHAC à Bangui. L'équipe ne sait pas comment le stock initial de médicaments a été transporté jusqu'aux sites, mais lorsqu'un site a besoin de médicaments, il en fait la liste, la fait approuver par le médecin chef du Ministère et envoie un villageois l'acheter à SODIPHAC. Toutes les dépenses, le transport et l'indemnité journalière de l'acheteur sont couverts par les villageois. C'est le comité de gestion sanitaire du village qui détermine la date des achats, ce qu'il faut acheter et la quantité.

Avec l'assistance du GTZ et de 15 comités villageois, le projet est en train d'établir un dépôt régional de médicaments à Bossangua. Le bâtiment a été construit avec de la main-d'oeuvre et des matériaux locaux fournis par les 15 comités. Le projet et le GTZ ont fourni les matériaux importés. Le GTZ aide à acheter les médicaments génériques à l'étranger et à former le personnel. Le dépôt vendra des médicaments à toutes les formations sanitaires publiques et à but non lucratif de la région et au-delà. (Ainsi, le centre de Ngaoundaye souhaite y participer.)

Financement des médicaments. SODIPHAC vend les médicaments aux postes de santé du projet du PNUD à 26 % d'escompte par rapport à leur prix officiel. Les postes de santé vendent alors les médicaments aux patients au prix officiel de SODIPHAC, ce qui leur donne une marge automatique de 26 %. Les recettes provenant des ventes de médicaments couvrent le salaire du gérant et de l'agent de santé ainsi que tous les coûts liés aux achats de médicaments. La disponibilité des médicaments dépend de SODIPHAC et comme il s'agit d'une organisation à but lucratif, les ruptures de stock sont rares.

Il n'existe pas de système officiel pour fournir ou subventionner les médicaments aux indigents; on compte sur la solidarité familiale et communale.

Systèmes financiers et gestion financière

Tarifs. Les consultations sont gratuites, mais les médicaments payants.

Source et utilisation des fonds. Avant de lancer l'activité, le projet exige que la communauté fasse une contribution de 250.000 francs CFA. Cette contribution prend au moins une année à réunir. Le projet prête ensuite à 10 % d'intérêt une somme de la même importance. Ces fonds servent à payer le stock initial de médicaments et les dépenses de construction d'une formation sanitaire (le salaire du maçon et le coût du transport des matériaux locaux qui ne sont pas disponibles sur le site). La communauté fournit également les matériaux locaux et la main-d'oeuvre. Le projet fournit les matériaux importés. Ces fonds servent également à financer la formation des villageois choisis par l'agent de santé et le gérant, formation qui dure en général un an.

Les recettes provenant des ventes de médicaments servent à reconstituer les stocks, payer le salaire du personnel, rembourser le prêt et payer d'autres projets communautaires qui ne sont pas obligatoirement des activités sanitaires.

Gestion financière. Les postes de santé maintiennent des livres de base. L'argent liquide est transféré au trésorier une fois par semaine et un contrôle a lieu. Le trésorier garde en général les fonds, bien que certains comités aient ouvert des comptes bancaires à Bangui. Si des problèmes se posent, on fait appel aux agents de développement communautaire et on réunit une assemblée générale du village pour en discuter et les résoudre.

Formation

La formation est une composante importante du projet, et on préfère, de loin, la formation sur le tas. Les villageois reçoivent une formation technique pendant la construction des bâtiments. Le gérant du poste de santé, le trésorier et le contrôleur reçoivent une formation d'une semaine sur l'emploi des instruments de gestion tels que la tenue des livres, les stocks, les ventes, les principes d'organisation et de gestion des comités, les techniques de sensibilisation, les composantes de base d'une étude de faisabilité, etc. L'infirmière secouriste reçoit une formation de huit à 12 mois à l'hôpital ou au centre de santé le plus proche.

Conclusions

Les activités de développement communautaire des postes de santé du PNUD sont totalement autofinancées à l'heure actuelle. Elles dépendent du système de santé public uniquement pour la formation du personnel et du médecin régional pour l'approbation des achats de médicaments.

Une des raisons pour lesquelles ces postes de santé fonctionnent si bien est que la sensibilisation et le suivi ont été intenses. L'importance de l'autofinancement de cette activité pratiquement total ne saurait être oubliée – le projet ne fournit que les matériaux importés. Il peut se passer jusqu'à trois ans entre le moment où l'on commence à sensibiliser la communauté et l'ouverture du centre de santé. Avec la réussite, cette période se raccourcit. Les villageois recueillent maintenant les fonds avant de s'adresser au projet.

La prochaine étape, la création d'un dépôt régional de médicaments et d'une structure ou d'un comité régional pour le gérer sera importante pour la survie du système à long terme.