

**Document de recherche appliquée principale  
N° 13-F**

**QUALITE DES SOINS DE SANTE ET  
RECOUVREMENT DES COUTS EN AFRIQUE:  
PREUVES DU NIGER ET DU SENEGAL**

**Etapas 2 et 3: travail de terrain, résultats de recherches  
et recommandations**

**Soumis au  
Projet d'Analyse des ressources humaines et sanitaires pour l'Afrique (HHRAA)  
Division des ressources humaines et de la démocratie  
Office du développement durable  
Bureau pour l'Afrique  
et  
à la Division des politiques et de la réforme sectorielle  
Office de la santé et de la nutrition  
Centre pour la population, la santé et la nutrition  
Bureau des programmes mondiaux, du soutien de terrain et de la recherche  
Agence des Etats-Unis pour le développement international**

**Par  
Annemarie Wouters, Ph.D.  
Département de Santé internationale  
Johns Hopkins School of Public Health  
Consultant, Abt Associates Inc.**

**Octobre 1994**

**HEALTH FINANCING AND SUSTAINABILITY (HFS) PROJET  
(Projet de financement et de pérennisation des soins de santé)**

**ABT ASSOCIATES INC., MAITRE D'OEUVRE  
4800 Montgomery Lane, Suite 600  
Bethesda, Maryland 20814  
Tél.: 301-913-0500; Fax: 301-652-3916; Téléx: 312636**

**Management Sciences for Health, Sous-traitant  
The Urban Institute, Sous-traitant**

**AID Contract DPE-5974-Z-9026-00**

## **ABREGE**

Ce document de recherche appliquée présente les conclusions d'une étude comparative de la qualité et du recouvrement des coûts des soins de santé au Niger et au Sénégal. Il dégage des conclusions qui sont applicables à d'autres pays africains. Les données proviennent d'enquêtes réalisées auprès de prestataires, de patients et de ménages entre 1992 et 1994. Le document analyse les liens entre la qualité des soins et les réformes en matière de recouvrement des coûts au Niger. Il présente des renseignements détaillés concernant les différences entre les secteurs public et privé au Sénégal, et les rapports entre la qualité des soins et l'efficacité des prestataires.

Les conclusions de cette étude montrent comment des stratégies axées sur l'amélioration de la qualité peuvent renforcer l'efficacité, accroître la demande de services et aider à obtenir des fonds pour appuyer des améliorations qualitatives au sein des systèmes de santé en Afrique. Cette étude est largement illustrée au moyen de tableaux et de graphiques qui font la synthèse de ses conclusions.

## REMERCIEMENTS

Le présent compte rendu s'inscrit dans le cadre d'activités de recherche et d'analyse du porte-feuille Financement des soins de santé et développement du secteur sanitaire privé du Projet HHRAA, sous la direction technique d'Abraham Bekele.

Les travaux de Ricardo Bitran au Sénégal et de François Diop au Niger, ainsi que ceux des équipes qui ont participé à chacune de ces importantes activités de terrain, ont largement contribué à l'obtention de renseignements nouveaux sur la qualité des soins qui pourraient être inclus dans une comparaison pertinente entre pays. Nous remercions Robin Barlow et Andrew Creese de leur examen technique de ce compte rendu. Abraham Bekele, Charlotte Leighton et Gerry Wein ont fait des commentaires judicieux sur les avant-projets du document. Toute erreur ou omission incombe uniquement à l'auteur.

## TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS .....	i
LISTE DES TABLEAUX .....	iv
LISTE DES FIGURES .....	v
AVANT-PROPOS .....	vi
RESUME ANALYTIQUE .....	xi
1.0 INTRODUCTION .....	1
2.0 CONTEXTE .....	3
2.1 NIGER .....	3
2.2 SENEGAL .....	4
3.0 DONNEES .....	5
3.1 NIGER .....	5
3.2 SENEGAL .....	6
4.0 DEFINITION, MESURE ET EVALUATION DE LA QUALITE DES SOINS .....	7
4.1 CONCEPTS .....	7
4.2 MESURES DE LA QUALITE DES SOINS .....	8
4.2.1 Niger .....	11
4.2.2 Sénégal .....	11
4.3 ENSEIGNEMENTS .....	11
4.3.1 Niger .....	12
4.3.2 Sénégal .....	22
5.0 QUALITE ET COUTS .....	37
5.1 CONCEPTS .....	37
5.2 ENSEIGNEMENTS .....	38
5.2.1 Niger—Quelques coûts particuliers .....	38
5.2.2 Attentes générales au sujet des coûts .....	39
6.0 QUALITE, EFFICACITE ET COUT-EFFICACITE .....	41
6.1 CONCEPTS .....	41
6.2 ENSEIGNEMENTS .....	42
6.2.1 Niger .....	42
6.2.2 Sénégal .....	43
7.0 QUALITE ET FINANCEMENT PAR LES CONCEPTS DU RECOUVREMENT DES COUTS .....	47
7.1 ENSEIGNEMENTS .....	49
7.1.1 Niger .....	50
7.1.2 Sénégal .....	57

8.0	RESUME ET CONCLUSIONS .....	59
8.1	ENSEIGNEMENTS AU SUJET DE LA QUALITE DES SOINS DE SANTE .....	59
8.2	QUALITE, COUTS, ET EFFICACITE .....	61
8.3	QUALITE ET FINANCEMENT .....	62
9.0	GENERALISATION DES ENSEIGNEMENTS .....	64
9.1	MESURES DE LA QUALITE .....	64
9.2	ENSEIGNEMENTS AU SUJET DE LA QUALITE .....	65
9.3	QUALITE, COUTS, EFFICACITE .....	65
9.4	QUALITE ET FINANCEMENT .....	65
10.0	RECOMMANDATIONS POUR LES PROGRAMMES .....	67
	BIBLIOGRAPHIE .....	71

## LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 4-1 COMPARAISON DES MESURES DE LA QUALITE .....	10
TABLEAU 4-2 NIGER: EVALUATION DES CHANGEMENTS DANS LA QUALITE DES SOINS DE SANTE .....	14
TABLEAU 4-3 SENEGAL: EVALUATION DE LA QUALITE DES SOINS DE SANTE .....	24
TABLEAU 4-4 SENEGAL: QUALITE DU SECTEUR PUBLIC, PAR TYPE D'ETABLISSEMENT .....	33
TABLEAU 4-5 SENEGAL: QUALITE DU SECTEUR PUBLIC, PAR TYPE DE PRESTATAIRES .....	36
TABLEAU 5-1 EXEMPLES D'IMPERATIFS DE COUTS FIXES ET VARIABLES POUR DES AMELIORATIONS DE LA QUALITE .....	40
TABLEAU 6-1 SENEGAL: LIENS IMPLICITES ENTRE L'EFFICACITE (COUT PAR UNITE DE RENDEMENT) ET LA QUALITE .....	44
TABLEAU 7-1 NIGER: LIENS IMPLICITES ENTRE LES AMELIORATIONS QUALITATIVES ET LE FINANCEMENT .....	51
TABLEAU 7-2 NIGER: LIENS IMPLICITES ENTRE LES AMELIORATIONS QUALITATIVES ET LE FINANCEMENT .....	53

## LISTE DES FIGURES

GRAPHIQUE 4-1 DISPONIBILITE DE QUELQUES VACCINS DANS LES TROIS ARRONDISSEMENTS .....	17
GRAPHIQUE 4-2 DISPONIBILITE DE QUELQUES FOURNITURES DANS LES TROIS ARRONDISSEMENTS .....	17
GRAPHIQUE 4-3 PRESENCE DE MANUELS DE DIAGNOSTIC ET DE TRAITEMENT ET AUTRES MANUELS DE GESTION .....	18
GRAPHIQUE 4-4 DISPONIBILITE DE MATERIEL POUR DOSSIERS (DIVERSES FORMES) .....	18
GRAPHIQUE 4-5 CONFORMITE AVEC LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT DES MALADIES AIGUES, SERVICE AMBULATOIRE .....	19
GRAPHIQUE 4-6 SATISFACTION DES PATIENTS DANS LES TROIS ARRONDISSEMENTS .....	21
GRAPHIQUE 4-7 PERCEPTIONS DE LA QUALITE QUI AUGMENTENT L'UTILISATION .....	21
GRAPHIQUE 4-8 SENEGAL—ETABLISSEMENTS PUBLICS: DISPONIBILITE DE QUELQUES MEDICAMENTS DANS LES ETABLISSEMENTS SANITAIRES .....	25
GRAPHIQUE 4-9 SENEGAL—ETABLISSEMENTS PRIVES: DISPONIBILITE DE QUELQUES MEDICAMENTS A DAKAR ET DANS LES REGIONS .....	25
GRAPHIQUE 4-10 SENEGAL—ETABLISSEMENTS PUBLICS: DISPONIBILITE DE QUELQUES FOURNITURES DANS LES ETABLISSEMENTS SANITAIRES .....	26
GRAPHIQUE 4-11 SENEGAL—ETABLISSEMENTS PRIVES: DISPONIBILITE DE QUELQUES FOURNITURES A DAKAR ET DANS LES REGIONS .....	26

GRAPHIQUE 4-12 SENEGAL—ETABLISSEMENTS PUBLICS: CONFORMITE AVEC LES NORMES POUR LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT DE LA FIEVRE, PROCEDURES MEDICALES DE ROUTINE .....	29
GRAPHIQUE 4-13 SENEGAL—ETABLISSEMENTS PRIVES: CONFORMITE AVEC LES NORMES POUR LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT DE LA FIEVRE, PROCEDURES MEDICALES DE ROUTINE .....	29
GRAPHIQUE 4-14 SENEGAL—ETABLISSEMENTS PUBLICS: SATISFACTION DES PATIENTS .....	30
GRAPHIQUE 4-15 SENEGAL—ETABLISSEMENTS PUBLICS: PERCEPTIONS DE LA QUALITE PAR LE PERSONNEL .....	30
GRAPHIQUE 4-16 SENEGAL—ETABLISSEMENTS PRIVES: SATISFACTION DES PATIENTS .....	31
GRAPHIQUE 4-17 SENEGAL—ETABLISSEMENTS PRIVES: PERCEPTIONS DE LA QUALITE PAR LE PERSONNEL .....	31
GRAPHIQUE 7-1 SCHEMA DU RECOUVREMENT DES COUTS .....	48

## AVANT-PROPOS

Ce document fait partie d'une série de rapports sur les résultats et les recommandations en matière de politiques entrant dans le cadre de la troisième étape des grands travaux de recherche appliquée réalisés par le Projet de financement et de pérennisation de la santé (HFS).

Le Projet de financement et de pérennisation de la santé (HFS) est une initiative quinquennale financée par l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID). Il a pour but de fournir une assistance technique, de réaliser une recherche appliquée, de dispenser une formation et de diffuser les informations sur le financement des soins de santé dans l'ensemble du monde en développement. Le projet vise à influencer des changements en matière de politiques en faisant progresser les connaissances ; en testant et en améliorant les méthodes de prestation, de financement et d'administration ; en renforçant les capacités tant institutionnelles que techniques. A ce jour, HFS a participé à des activités de financement des soins de santé dans plus de 30 pays en développement du monde entier. Les travaux de recherche appliquée représentent un quart des activités du Projet HFS.

HFS a réalisé sa recherche appliquée en trois étapes. La première étape comprenait un examen de la littérature et de l'expérience ainsi que la mise en place d'un cadre conceptuel. Les documents rédigés dans le cadre de la première étape sont essentiellement de nature conceptuelle et méthodologique et, par conséquent, s'adressent aux chercheurs sur le terrain et aux enseignants. Néanmoins, vu que ces documents mettent également à jour des lacunes actuelles dans les connaissances, ils sont utiles aux bailleurs de fonds internationaux, aux décideurs des ministères de la santé et à d'autres personnes concernées par la politique des soins de santé.

Les étapes 2 et 3 ont été conçues pour combler en partie les lacunes dans les connaissances actuelles identifiées dans la première étape. La deuxième étape comprenait la recherche de terrain et la collecte de données et la troisième étape, l'analyse de données, la rédaction de rapports et la diffusion de l'information. Les documents de la troisième étape ont comme public principal les décideurs des pays en développement à l'intérieur et à l'extérieur des pays où a été effectuée la recherche. Les méthodes, les résultats et les recommandations ont été rédigés dans un langage non technique et l'information technique a été fournie dans les Annexes.

Les produits de la troisième étape intéresseront les bailleurs de fonds internationaux puisqu'ils valident ou infirment des hypothèses importantes et évaluent des politiques existantes. Ces documents permettent également d'éprouver de nouvelles méthodes de recherche ou des méthodes améliorées, d'identifier les directions pour les recherches futures et enrichissent, par des informations empiriques, l'ensemble général des connaissances. Aussi, devraient-ils être utiles aux chercheurs et aux universitaires.

## LE ROLE DE LA RECHERCHE APPLIQUEE DANS LA REFORME DE LA POLITIQUE SANITAIRE

La réforme du financement de la santé est une question politique de toute première importance ainsi qu'une priorité pour le secteur de la santé dans le monde entier. Dans les nations industrialisées, le contrôle des coûts des soins de santé a été le moteur des efforts de réforme des politiques du financement sanitaire. Dans les pays en développement, un des grands facteurs poussant à la réforme a été la demande croissante qui s'exerce sur les ressources publiques de plus en plus obérées suite à l'engagement traditionnel des gouvernements à fournir des services de santé gratuits à tous.

Au cœur du débat de politiques, l'on a les discussions quant aux manières d'améliorer l'équité et l'efficacité. Dans l'idéal, les pratiques et les politiques du financement des soins de santé devraient promouvoir tant l'équité-l'accès financier et physique aux soins-que l'efficacité - la maximisation des gains sanitaires par le biais de réductions dans les coûts de la production et d'accroissement dans la consommation appropriée. Ces discussions concernent également le débat sur l'impact des réformes du financement sanitaire sur la qualité des soins, l'accès du pauvre et les rôles respectifs des secteurs public et privé.

La formulation de politiques efficaces pour traiter de ces questions exige de solides informations empiriques quant à toute une gamme de questions sur les côtés de la demande et de l'offre du marché pour les services de santé. Dans un grand nombre de pays en développement, de solides données empiriques sont rarement disponibles et le débat public sur le financement sanitaire est souvent dominé par de grandes idées qui ne sont pas toujours bien ancrées dans la réalité. Voici certaines de ces grandes idées qui doivent passer le test empirique :

- ▲ "Le pauvre ne paiera pas pour les services de santé."
- ▲ "Le secteur privé est plus efficace que le secteur public pour la production des services sanitaires."
- ▲ "Le secteur privé n'a pas de rôle dans le programme sanitaire public."
- ▲ "Là où la plus grande proportion des ressources sanitaires totales est dépensée pour les soins curatifs, l'octroi de ressources est inefficace."
- ▲ "Les plans de financement social et de partage de risques ne seront pas efficaces dans les zones rurales et pauvres."

Un nouvel ensemble de recherche commence à prendre forme, éprouvant la validité de certaines de ces opinions courantes sur le financement de la santé. Par exemple, des études empiriques de la demande pour les soins de santé dans les pays en développement ont montré que, lorsqu'ils avaient le choix, même les plus pauvres préfèrent souvent payer pour des soins de santé de meilleure qualité que d'obtenir des soins gratuits mais d'une faible qualité.

Les politiques publiques concernant le financement de la santé pourraient grandement bénéficier de meilleures connaissances de questions telles la volonté des gens à payer pour les services de santé, l'efficacité relative des prestataires publics et privés, les rôles du secteur privé et le coût-efficacité des investissements dans les soins curatifs et préventifs. Et pourtant, malgré la plus grande attention accordée récemment à la recherche appliquée dans le financement de la santé, il reste des lacunes importantes dans nos connaissances.

## UN PROGRAMME DE RECHERCHE APPLIQUEE

La recherche appliquée de HFS cherche à faire avancer les connaissances dans des domaines de politiques-clés et à renforcer les capacités analytiques chez les chercheurs des pays en développement. La recherche vise à traiter de questions de politiques-clés, à explorer les domaines de recherche négligés, à améliorer les méthodes analytiques et à tester de nouvelles techniques méthodologiques. Grâce à l'examen et aux conseils d'un groupe consultatif technique de l'extérieur, le projet a identifié quatre grands domaines d'enquête où une recherche appliquée se justifiait : recouvrement des coûts, efficacité productive, financement social et secteur privé. Aux fins de répondre aux conditions contractuelles de l'AID, le projet a également identifié neuf domaines spécifiques au sein de ces catégories (voir encadré).

HFS a fait des examens de littérature (Etape 1) pour ces neuf thèmes à l'exception d'un seul (l'exception étant la réaffectation des dépenses du secteur public). A la demande de l'AID, un autre domaine de recherche de terrain-une évaluation de l'impact économique du paludisme-a également été étudié. Les recherches de terrain ont été faites (Etape 2) et des documents analytiques ont été rédigés (Etape 3) dans les quatre principaux domaines de recherche. Ils couvrent les six thèmes spécifiques suivants :

- ▲ Volonté de payer pour des améliorations dans la qualité des services de santé dans le contexte du recouvrement des coûts
- ▲ Impact des améliorations de la qualité des services sanitaires sur les coûts, l'efficacité et la demande
- ▲ Efficacité des services de santé du secteur public
- ▲ Comparaison de l'efficacité des secteurs public et privé pour la prestation des services de santé
- ▲ Impact du financement social des services de santé sur la demande, l'équité et la pérennité
- ▲ Développement des services de santé du secteur privé
- ▲ Impact économique du paludisme

Outre ces documents de recherche appliquée, HFS a mis au point toute une série d'instruments de recherche et de bases de données. (Une liste en est donnée dans un document de projet séparé "Instruments de recherche et bases de données du Projet de financement et de pérennisation de la santé.")

RECHERCHE APPLIQUEE PRINCIPALE HFS : DOMAINES, THEMES ET QUESTIONS		
Domaine recherche	Thème recherche Etape 1	Principale question de recherche
RECOUVREMENT DES COÛTS	Qualité des soins	Volonté à payer pour des améliorations de la qualité
	Protéger le pauvre	Concevoir des systèmes équitables de recouvrement des coûts
	Efficacité de la consommation	Concevoir des mécanismes monétaires et autres qui encouragent des modes efficaces de demande des soins
EFFICIENCE PRODUCTIVE	Réforme du secteur public	Faisabilité d'une plus grande efficacité dans la production par le biais d'incitations pour le personnel
	Réaffectation des dépenses du secteur public	Définition d'un mode d'affectation optimale et adéquation des modes d'affectation actuels
FINANCEMENT SOCIAL	Elargir son rôle	Faisabilité du partage de risque pour le pauvre
SECTEUR PRIVE	Développement des marchés privés des soins de santé	Déterminants et implications du développement du secteur privé
	Différences publiques-privées dans l'efficacité	Existence de différences dans l'efficacité productive entre les prestataires publics et privés
	Interactions publiques-privées	Faisabilité d'une collaboration bénéfique du point de vue social entre le gouvernement et le secteur privé

## APPROCHE AXEE SUR LES POLITIQUES POUR LA RECHERCHE APPLIQUEE

HFS a réalisé toutes les activités de recherche de terrain en collaboration et avec une participation active des chercheurs et des décideurs locaux. En outre, lorsqu'on envisageait plusieurs sites pour la recherche appliquée principale, HFS cherchait à identifier des possibilités où les résultats de la recherche pouvaient étayer directement le processus de réforme des politiques.

Par exemple, au Niger, HFS a fourni une assistance technique au gouvernement pour tester deux systèmes de recouvrement des coûts pour les soins curatifs dans les établissements publics ambulatoires : un paiement forfaitaire par épisode de maladie et une taxe d'arrondissement avec un ticket modérateur. Une recherche appliquée a été faite pour évaluer et comparer des indicateurs-clés dans le cadre des deux systèmes de financement, notamment les améliorations de la qualité des soins, les coûts des améliorations de la qualité, la volonté des gens à payer pour les améliorations de la qualité et les implications des méthodes de financement du point de vue équité. Les activités de recherche étaient combinées à l'assistance technique en vue de concevoir et de mettre en place des systèmes de gestion améliorés pour les formations sanitaires, de nouvelles procédures de gestion pour le personnel administratif et des pratiques améliorées de diagnostic et de traitement pour le personnel médical.

Au Sénégal, HFS a réalisé une recherche appliquée pour évaluer les diverses dimensions du système sanitaire actuel, notamment le cadre juridique et réglementaire du financement de la santé, l'efficacité des comités de santé villageois ; les coûts, le financement et l'efficacité des prestataires publics et privés ; la dimension, le rôle et l'évolution du secteur privé et la demande pour les soins de santé. Le Gouvernement du Sénégal prévoit d'importants projets de démonstration régionale pour appliquer certaines des recommandations tirées de la recherche.

Tous les produits de la recherche appliquée principale de HFS sont soumis à un processus d'examen formel qui fait appel au personnel du projet, à des experts externes des institutions universitaires et internationales et des membres du groupe consultatif technique du projet. C'est l'excellence que vise HFS dans ses produits et nous serions heureux de recevoir tous commentaires ou suggestions à propos de nos travaux de recherche.

Si vous avez des questions ou des commentaires à propos de notre recherche appliquée, veuillez contacter les Directeurs techniques ou de la recherche appliquée. Pour les informations concernant les produits écrits HFS sur la recherche, l'assistance technique et l'information ou pour des renseignements pour commander ces produits, prière de contacter le Centre d'informations du projet.

*Ricardo A. Bitran*  
*Directeur de la recherche appliquée*

# RESUME ANALYTIQUE

## DONNEES GENERALES

Le projet d'Analyse des ressources sanitaires et humaines pour l'Afrique (HHRAA) de l'USAID a demandé au projet de Financement et de pérennisation de la santé (HFS) d'effectuer un travail de recherche sur des questions afférentes à la qualité, aux coûts, à l'efficacité et au financement des services de santé en Afrique. HFS est parti de données collectées lors d'enquêtes de terrain au Niger et au Sénégal, et il a recueilli de nouvelles données d'enquête sur la qualité des soins. Le présent compte rendu présente les résultats de cette recherche comparative, utilisant des données obtenues lors d'enquêtes effectuées entre 1992 et 1994 auprès de prestataires, de patients et de ménages. Il analyse les liaisons entre la qualité des soins et l'efficacité dans les secteurs public et privé au Sénégal. Il dégage aussi des conclusions applicables à d'autres pays africains.

## RECHERCHE ET STRATEGIES

La présente étude évalue des données comparables relatives à plusieurs dimensions de la qualité pour deux pays, ainsi que pour les secteurs public et privé. Elle innove en associant des données d'ordre qualitatif avec des renseignements provenant des mêmes établissements à propos du financement, des coûts et l'efficacité. Elle utilise ces données combinées à titre d'illustration et pour tirer des conclusions concernant le rôle de l'amélioration de la qualité dans le recouvrement des coûts, l'incidence de la qualité sur le coût et sur l'efficacité, et les chances d'un financement durable des améliorations de la qualité dans les systèmes africains de santé. Ces travaux indiquent comment les stratégies pour améliorer la qualité peuvent aussi accroître l'efficacité et la demande de services, et aider à générer des fonds pour soutenir des améliorations de la qualité. Ils indiquent aussi l'importance d'acheminer des fonds privés et publics pour contribuer à des améliorations de la qualité adaptées au contexte local.

## ORIGINE DES DONNEES

Les données pour le Niger proviennent de 18 établissements de soins de santé primaires dans trois arrondissements où le Ministère de la santé effectuait un essai pilote portant sur deux méthodes différentes de financement. Les données ont été recueillies en 1992 et 1993 lors d'interviews dans des établissements avec des responsables et des patients, et par le biais d'une enquête portant sur un échantillon aléatoire de 1.800 ménages dans trois arrondissements. Au Sénégal, les données relatives à la qualité, aux coûts et à l'efficacité ont été collectées en 1993 à partir d'un échantillon à l'échelle nationale incluant 95 hôpitaux publics, centres de santé, postes de santé et cases de santé, et 57 formations sanitaires ambulatoires privées, dont des postes de santé catholiques, des formations sanitaires d'entreprise, des formations sanitaires à but lucratif et d'autres exploitées par des organisations caritatives.

## ENSEIGNEMENTS

### 1. QUALITE DES SERVICES DE SANTE

*L'infrastructure de base et les procédures pour assurer la qualité dans les formations du secteur public font souvent défaut.* Les évaluations de la qualité au Niger et au Sénégal ont mis en évidence des problèmes similaires. Les formations sanitaires publiques à tous les niveaux au Sénégal et les établissements de soins primaires au Niger, avant les tests pilotes, connaissaient des ruptures de stock fréquentes pour les médicaments, les fournitures et le matériel; il n'y avait pas de protocoles de diagnostic et de traitement; on manquait fréquemment de données fiables relatives aux coûts et aux recettes; et souvent les agents de santé ne suivaient pas les protocoles de traitement normalisés.

*Les améliorations des aspects structurels fondamentaux de la qualité sont souvent plus faciles à réaliser que celles afférentes aux méthodes.* Au Niger, les efforts pour améliorer la qualité se sont traduits par des progrès visibles en ce qui concerne la formation du personnel, la disponibilité des vaccins et des fournitures de planification familiale, les fournitures médicales, et la disponibilité des guides et des manuels pour les protocoles de diagnostic et de traitement, pour la gestion des fonds et des médicaments. Mais, une fois en place cette infrastructure de base, même lorsqu'il y avait des principes directeurs pour le diagnostic et le traitement, on observait des lacunes majeures dans la mise en oeuvre de ces protocoles.

*Les prestataires du secteur privé sont souvent plus performants que le secteur public pour la qualité des soins.* Le secteur privé sénégalais obtenait de meilleurs résultats que le secteur public à plusieurs égards. Les ruptures de stock de médicaments, de matériel et de fournitures étaient bien moins fréquentes. Le respect des procédures médicales de routine était meilleur. Le personnel des formations publiques percevait la qualité de ses soins comme étant très moyenne ou inférieure à la moyenne, par opposition à ses homologues du secteur privé qui qualifiaient généralement leurs soins de "bons". Malgré les différences de qualité entre les secteurs public et privé, les patients déclaraient qu'ils étaient satisfaits quel que soit le prestataire.

*La qualité est variable à l'intérieur du secteur privé.* Dans le secteur privé, il existait des différences de qualité entre les divers types de prestataires. En général, les prestataires à but lucratif et les prestataires catholiques offraient les meilleurs soins.

*Les patients et les prestataires ont une perception différente de la qualité.* Au Sénégal, les résultats ont indiqué des différences importantes entre la satisfaction du patient et celle du prestataire. Les patients semblaient être plus satisfaits des soins reçus que les prestataires ne l'étaient des soins qu'ils avaient apportés. Dans leurs évaluations, les prestataires mettaient généralement l'accent sur la disponibilité des fournitures et des médicaments. Les patients considéraient divers facteurs, notamment les raisons économiques, géographiques et psychologiques.

*Certains aspects de la qualité telle que perçue par le client font augmenter l'utilisation plus que d'autres.* Les patients au Niger semblaient avoir conscience des améliorations de la qualité pour les médicaments, et la plupart d'entre eux pensaient que cela expliquait l'utilisation accrue dans les arrondissements où des progrès avaient été faits. Les "visites de suivi gratuites" ont peut-être également fait augmenter l'utilisation.

## 2. LIENS ENTRE QUALITE, COUTS ET EFFICACITE

*Le prix élevé de l'amélioration de la qualité reflète souvent les frais encourus pour l'établissement d'une base de services.* Au Niger, les améliorations qualitatives ont exigé des dépenses significatives tant pour les coûts fixes que pour les coûts variables. Par exemple, la valeur des médicaments utilisés par les formations sanitaires publiques était deux fois et demi plus élevée dans un arrondissement du test pilote, et trois fois plus élevée dans l'autre, que les attributions annuelles de médicaments du budget du Ministère de la santé. Nombre des ressources requises pour améliorer la qualité au Niger peuvent être considérées comme "le prix de pouvoir faire des affaires" ou simplement de jeter les bases pour la prestation de services. C'est précisément parce que ces ressources représentent une part significative des coûts d'investissement fixes et des coûts variables de base en liaison avec la quantité de personnes desservies qu'elles sont si importantes par rapport aux budgets actuellement insuffisants des ministères de la santé.

*L'efficacité et la productivité du secteur public sont souvent plus faibles que dans le secteur privé et certains prestataires privés sont plus efficaces que d'autres.* Mesurée par le nombre de visites par jour, l'efficacité des établissements publics au Sénégal était généralement très faible dans les formations sanitaires à tous les niveaux et pour tout le personnel médical inclus dans l'échantillon de l'étude, avec toutefois certaines différences régionales.

*Une plus grande efficacité peut aller de pair avec une plus grande qualité.* Les prestataires dont la productivité est élevée ne sacrifient pas nécessairement la qualité afin de produire davantage de services. Par exemple, dans les formations à but lucratif et dans les formations catholiques, les agents de santé voyaient plus de patients que leurs homologues du secteur public. Le ratio d'efficacité des médicaments et des autres fournitures, par agent de santé, était également plus élevé. Ces catégories de prestataires privés offraient généralement des soins d'une meilleure qualité.

*La médiocrité de la qualité nuit à l'efficacité et la rentabilité économique.* La qualité médiocre des soins peut entraîner des inefficacités dans le secteur sanitaire public, bien qu'on ne puisse pas le prouver de manière concluante.

## 3. QUALITE ET FINANCEMENT

*Initialement, les systèmes de tarification des usagers peuvent couvrir, en tout ou en partie, le coût des médicaments, mais on ne saurait s'attendre à ce qu'ils financent tous les améliorations de la qualité sans un soutien complémentaire d'autres modes de financement.*

*Certains mécanismes de financement génèrent plus de recettes que d'autres, mais tous devraient veiller à ce que des sommes suffisantes soient allouées à des améliorations de la qualité.*

*Les consommateurs sont disposés à payer pour la qualité.*

## CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

1. L'une des conditions sine qua non pour une amélioration de la qualité dans les formations sanitaires du Ministère de la santé—et l'un des coûts majeur de cette amélioration—est de s'assurer que l'approvisionnement en médicaments essentiels soit satisfaisant. Cet élément établit un service de base, renforce l'efficacité du personnel sanitaire, attire les patients à l'établissement et leur donne des raisons d'être disposé à payer pour obtenir des services. Cette observation suggère que de bonnes politiques en matière de médicaments sont cruciales pour améliorer simultanément la qualité, l'efficacité des soins et le coût-efficacité des dépenses de santé déjà faites.
2. Les Ministères de la santé doivent maintenir en permanence une formation en cours d'emploi, une supervision et d'autres mécanismes pour garantir des normes de qualité.
3. Des segments importants du secteur privé semblent à la fois efficaces et offrir des soins de qualité. Des efforts devraient être faits pour encourager la valorisation des prestataires du privé; il faut toutefois s'attaquer aux différences de qualité constatées dans le secteur privé. Une question cruciale est de savoir si le secteur public peut reproduire les aspects positifs des prestataires privés. C'est là une question qu'il convient d'approfondir.
4. Certaines améliorations de la qualité peuvent être plus importantes que d'autres à entreprendre pour atteindre le stade de la durabilité. Des indications suggèrent qu'il faut prendre en compte deux critères importants. Premièrement, il faut identifier les méthodes qui contribueront le plus au coût-efficacité de la prestation de services et qui permettent des économies de coût significatives. Deuxièmement, puisqu'il y a de nombreuses preuves que la perception qu'ont les gens de la qualité détermine leur disposition à payer pour des soins de santé, il est important d'exploiter le fait qu'il sont disposés à payer pour obtenir un service de qualité.
5. Au niveau de la gestion, il faudrait effectuer des analyses de coûts relatives aux améliorations de la qualité.
6. Compte tenu du rôle crucial de la qualité dans l'imputation des coûts de la prestation de services, ainsi que dans l'optique d'un financement durable, les Ministères de la santé doivent: a) estimer les charges récurrentes et les coûts d'investissement, les coûts fixes et variables de toute amélioration de la qualité envisagée au niveau de l'infrastructure de base et dans les processus de maintien de la qualité; b) identifier des manières simples et peu onéreuses de mesurer et de surveiller les coûts des améliorations de la qualité; et c) évaluer l'impact que les changements qualitatifs ont sur l'utilisation et le devenir des malades.

7. Etant donné que l'amélioration de la qualité coûte cher, les Ministères de la santé doivent envisager plusieurs options financières afin d'assurer la pérennité des progrès qualitatifs. Il est vraisemblable qu'il faudra avoir recours simultanément à des paiements par le consommateur, à des taxes nationales et locales ainsi qu'à des mécanismes de partage des risques. Les données attestent de la volonté des gens de payer pour des soins de meilleure qualité suggèrent que les paiements dans le secteur public pourraient être plus élevés qu'on le penserait initialement. Une sorte de mécanismes de taxe locale réservée ou un autre mode de financement social, comportant un partage des risques ou un paiement forfaitaire, qui augmenterait les fonds provenant de la population de l'arrondissement/de la collectivité—et pas simplement de ceux qui tombent malades dans l'année—pourrait permettre de générer des sommes importantes.
8. Il faut qu'une infrastructure législative appropriée soit en place pour légitimer de nouvelles modalités de collecte décentralisée de revenus et l'utilisation de ces revenus. Il est important d'avoir des lois qui instaurent une gestion au niveau local des recettes provenant de taxes, de la facturation des utilisateurs et d'autres mécanismes de financement social, et qui allouent ces fonds au financement d'améliorations de la qualité.
9. Les patients perçoivent les améliorations de la qualité des soins et ils répondent différemment à divers aspects de la qualité. Les gouvernements devraient accorder davantage d'importance à la diffusion des informations au sujet de la qualité des multiples aspects du système, ce qui permettrait aux patients de tirer un meilleur parti du système, pour leur propre bien, ainsi que pour celui du système dans son ensemble.

## 1.0 INTRODUCTION

Des tendances économiques défavorables dans nombre de pays en développement ont amené les décideurs à envisager le recouvrement des coûts dans le secteur de la santé, un mécanisme par lequel les patients prennent en charge, en totalité ou en partie, le coût des soins dans une formation sanitaire, permettant ainsi de générer des ressources complémentaires. Un relèvement des paiements demandés aux utilisateurs accroît les recettes qui peuvent être recyclées pour contribuer à la prestation de services de santé publique. Les patients qui n'ont pas l'impression d'en avoir pour leur argent dans un scénario de facturation de l'utilisateur peuvent choisir d'autres prestataires ou décider de ne pas se faire soigner. Un enseignement qui se dégage régulièrement des premières expériences de recouvrement des coûts est que, sans amélioration visible et assez immédiate de la qualité des soins fournis, les patients n'appuieront pas le principe de la tarification. Dans de nombreux cas, les paiements sont collectés à la formation sanitaire locale et envoyés directement à l'autorité centrale, ce qui entrave sérieusement le recyclage des recettes en vue d'une amélioration de la qualité au niveau de la formation sanitaire. S'il est vrai que des progrès au plan de la qualité peuvent contribuer à générer des recettes complémentaires, les conséquences financières de ces améliorations de la qualité sont mal connues. En fin de compte, les recettes nettes découlant du recouvrement des coûts dépendent de l'incidence sur les recettes et sur les coûts des améliorations de la qualité.

Cet article examine de nouvelles preuves en provenance du Niger et du Sénégal en rapport avec des questions relatives au rôle de la qualité dans le recouvrement des coûts:

- (1) Comment peut-on définir, mesurer et évaluer la qualité des coûts?
- (2) Combien coûtent des améliorations de la qualité?
- (3) Quel est le lien entre l'efficacité et le coût-efficacité? et
- (4) Comment financer des améliorations de la qualité par le recouvrement des coûts?

Le contenu du présent compte rendu se base largement sur des rapports découlant des principales activités de recherche appliquée du Projet de financement et de pérennisation de la santé (HFS) au Niger et au Sénégal (Bitran, Brewster, Ba, 1994a; Bitran, Brewster, Ba, 1994b; Diop, Kailou, Oumarou, 1993; Diop, 1993; Ellis, Chawla, 1994; Wouters, Adeyi, Morrow, 1993; Wouters, Kouzis, 1994; Yazbeck, Wenner, 1994; Yazbeck, 1994).

Le document est agencé comme suit. Les deux sections suivantes décrivent le contexte et les activités de collecte de données. Ensuite, quatre sections examinent les concepts et les résultats en liaison avec les quatre questions sus-mentionnées. Les deux dernières sections énoncent des conclusions et recommandations. Le rapport est destiné au personnel de l'USAID, aux décideurs et aux techniciens gouvernementaux au Niger, au Sénégal et dans d'autres pays en développement, aux chercheurs et aux étudiants spécialisés dans les systèmes de santé, ainsi qu'au personnel d'autres organismes de développement.

Ce rapport a été financé par une subvention de l'AID allouée par le Projet d'analyse des ressources sanitaires et humaines pour l'Afrique (HHRAA) au Projet USAID de financement et de pérennisation de la santé. A l'époque, HFS avait déjà un important projet de recherche appliquée en cours dans chacun de ces deux pays—ces projets portaient chacun sur certains aspects de la qualité des soins de santé.

Au Niger, HFS a aidé à planifier, mettre en oeuvre et évaluer un important test pilote sur le recouvrement des coûts dans trois arrondissements. Pour l'essentiel, la préparation des tests pilotes s'est faite dans le cadre de la Subvention à l'appui du secteur sanitaire au Niger (NHSS) de l'USAID/Niamey, avec l'assistance de l'équipe technique de Tulane/Abt. Durant l'automne de 1992, la responsabilité de la gestion et de l'évaluation des tests a été transférée au projet HFS, en liaison avec un contrat de sous-traitance de la mission pour une assistance technique.

Au Sénégal, dans le contexte d'une initiative de réforme exhaustive des politiques, les pouvoirs publics ont commandité une étude axée sur l'efficacité, la qualité, l'utilisation et les coûts dans les formations sanitaires publiques. Les crédits pour le financement de l'étude provenaient de l'USAID/Dakar dans le cadre d'un contrat de sous-traitance passé avec HFS. HFS a commencé l'étude au Sénégal en 1992 et l'a élargie en 1994 pour y inclure les formations sanitaires privées et non gouvernementales.

Le présent compte rendu est également pertinent pour le Programme de recherche appliquée principale de HFS sur "Le recouvrement des coûts et la qualité des soins" (HFS 1991), qui vise à mieux faire comprendre le rapport entre le recouvrement des coûts et les améliorations de la qualité. Le document développe les concepts et l'examen de la documentation existante qui ont été présentés dans le rapport de la Première étape, "La qualité des soins de santé et son rôle dans le recouvrement des coûts" (Wouters, Adeyi, Morrow, 1993).

## 2.0 CONTEXTE

### 2.1 NIGER

En 1989, le Ministère de santé publique du Niger a énoncé des options pour le financement des services de santé dans le secteur non hospitalier. Il envisageait de tester ces options à titre pilote avant d'introduire une politique nationale de recouvrement des coûts. Avec l'assistance technique de l'USAID et des crédits de la Banque mondiale pour la constitution d'un stock initial de produits pharmaceutiques, le Ministère de la santé publique a mis en oeuvre un projet pilote de recouvrement des coûts qui comprenait à la fois la tarification des utilisateurs et des améliorations de la qualité. Il visait à améliorer la disponibilité des médicaments dans les 18 établissements ambulatoires du Ministère de la santé, dans trois arrondissements. Les projets pilotes ont débuté en mai 1993 avec la possibilité d'une prorogation au bout d'une année. Le nouveau système comportait trois volets principaux. En premier lieu, des protocoles de diagnostic-traitement utilisant des marques génériques de médicaments essentiels ont été mis en oeuvre—ce qui devrait réduire le coût des médicaments dans la prestation de soins de santé primaires. Le deuxième volet était l'amélioration des systèmes et des capacités de gestion. Le troisième volet consistait à instaurer deux systèmes différents pour mobiliser des ressources complémentaires dans les établissements non hospitaliers.

L'arrondissement de Boboye avait adopté une forme d'assurance sociale qui consistait en une taxe de capitation réservée, s'accompagnant d'un modique ticket modérateur par maladie. L'arrondissement de Say a accru les financements privés avec un système de paiement par épisode de maladie—le patient payait un montant forfaitaire chaque fois qu'il était malade. L'arrondissement d'Illéla était choisi comme site témoin où il n'y aurait aucun recouvrement des coûts. A Illéla, tous les services étaient fournis gratuitement dans les établissements publics mais il y avait toujours, pour les malades, un coût pour leur déplacement et une dépense de temps.

Le Gouvernement du Niger continuait de fournir le même niveau de subvention aux établissements d'intervention, y compris la prise en charge du salaire du personnel. La Banque mondiale avait financé les stocks initiaux de fournitures pharmaceutiques et elle allouait des subventions partielles récurrentes pour la reconstitution de ces stocks. L'aide étrangère belge avait contribué à la conception et à la mise en oeuvre des protocoles de diagnostic et de traitement. L'USAID/Niamey appuyait la planification, la mise en oeuvre et l'évaluation des tests pilotes.

A Boboye, les protocoles de diagnostic et de traitement ont été instaurés en 1989, environ trois avant la mise en oeuvre du recouvrement des coûts. A l'époque de l'enquête de référence, le personnel de santé de Boboye avait déjà une solide expérience de ces protocoles, contrairement au personnel de Say où ces protocoles avaient été introduits au même moment que les tests de recouvrement des coûts.

## 2.2 SENEGAL

En dépit d'une conjoncture économique difficile, le Sénégal a enregistré des progrès remarquables ces 30 dernières années. Entre 1960 et 1990, l'espérance de vie est passée de 15 à 50 ans. Les taux de mortalité infantile sont tombés de 303 à 156 pour mille. En 1990-91, les taux de couverture vaccinale ont atteint 60 pour cent pour les vaccinations DT-Coq 3 et pour la rougeole. Néanmoins, le Sénégal restait confronté à de sérieux défis dans le secteur de la santé, notamment en raison des ressources limités du secteur public, de l'inefficacité des services de santé et de dépenses largement biaisées en faveur des services hospitaliers (Banque mondiale, 1992). Pour s'attaquer à ces problèmes, le gouvernement a adopté un train de réformes sectorielles qui porte le nom de Politique sanitaire nationale (Banque mondiale, 1992). Dans le cadre de cette politique, des mesures sont prises pour décentraliser les services, redéployer le personnel sanitaire d'Etat, établir un cadre juridique pour renforcer la participation communautaire à la prise de décision dans le domaine de la santé, et réformer les pratiques d'approvisionnement en médicaments et d'établissement d'ordonnances dans les formations sanitaires de l'Etat, avec notamment l'adoption d'une politique de médicaments essentiels. En 1991, le gouvernement a également opté pour l'Initiative de Bamako comme moyen d'étoffer ses minces ressources. Un élément crucial du processus de réforme des politiques était le souci que les services de santé, publics ou privés, fournissent des soins de qualité acceptable. A cette fin, le gouvernement voulait obtenir des renseignements de référence sur les coûts, l'efficacité, l'utilisation et la qualité des soins pour guider la mise en oeuvre de cette politique.

## 3.0 DONNEES

### 3.1 NIGER

Les données sur la qualité des soins dans les arrondissements du projet pilote du Niger provenaient de deux sources principales. Premièrement, une évaluation majeure des essais de recouvrement des coûts avait été effectuée à partir de données collectées en utilisant une conception expérimentale dans laquelle les données relatives aux ménages et aux établissements étaient recueillies avant et après le démarrage du recouvrement des coûts. Deuxièmement, des enquêtes supplémentaires avaient été réalisées auprès des établissements et des patients après l'intervention, l'accent étant mis spécifiquement sur des questions afférentes à la qualité des soins. Chacun de ces ensembles de données est décrit tour à tour.

Lors de l'étape de la conception expérimentale, des données semblables ont été collectées dans des arrondissements "avec" ou "sans" interventions de recouvrement des coûts. Des ménages ont été interrogés six mois avant (novembre 1992) et six mois après l'intervention (novembre 1993). Ces enquêtes ont été effectuées indépendamment dans chaque arrondissement afin qu'on puisse les comparer deux par deux. Les enquêtes-ménage ont compris quatre volets: (i) un questionnaire-ménage, (ii) un questionnaire curatif, (iii) un questionnaire préventif, et (iv) un questionnaire sur les revenus. Le tirage au sort pour l'enquête-ménage était basé sur le Recensement général de la population de 1988 et sur la mise à jour de 1998 relative à la répartition des formations sanitaires au Niger. Des échantillons différents étaient utilisés pour les tests "avant" et "après". Pour les enquêtes de référence et de suivi, 612 ménages ont été interrogés dans chaque arrondissement. Utilisant les enquêtes-ménage, des études ont été menées pour voir comment évoluaient les schémas d'utilisation et les coûts par épisode en fonction du recouvrement des coûts.

Pendant l'étape de la conception expérimentale du projet pilote, on a également porté dans les registres des formations sanitaires des données relatives à l'utilisation des installations, à la quantité de médicaments employée, aux recettes des établissements et aux coûts administratifs résultant du recouvrement des coûts. Ces indications ont servi à dresser un bilan quantitatif des progrès des activités aux établissements de santé à la suite de l'introduction du recouvrement des coûts.

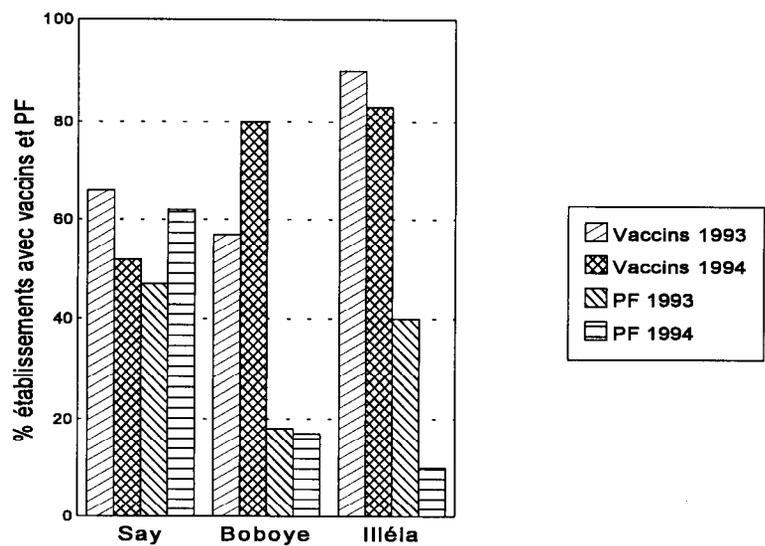
Après l'achèvement des enquêtes sur les ménages et sur les établissements, des données complémentaires ont été collectées concernant la qualité des soins de santé dans les 18 formations sanitaires ambulatoires des arrondissements. Pour chaque établissement, on a procédé à un inventaire du matériel, des fournitures et des médicaments; dix cas de patients déclarant une quelconque maladie qui exigeait des soins curatifs ont été observés pour évaluer l'application des protocoles; et dix patients ont été interrogés à la sortie au sujet de leur perception de la qualité. Comme au Sénégal, des mesures relatives aux structures, aux méthodes et aux résultats (en termes de perception des patients) ont été rassemblées pour contrôler l'évolution de la qualité après l'intervention. Aucune information quantitative directement comparable n'était disponible au sujet de ces aspects de la qualité avant l'intervention.

## 3.2 SENEGAL

L'étude au Sénégal a rassemblé des données sur les établissements concernant les coûts, l'utilisation et la qualité des soins. Un échantillon représentatif à l'échelon national de trois hôpitaux d'Etat, 23 centres de santé, 46 postes de santé et 23 cases de santé pour un total de 95 établissements publics a été préparé à partir d'un cadre d'échantillonnage élaboré précédemment par la Banque mondiale pour son *Enquête des priorités* en rapport avec les dimensions sociales de l'ajustement. Un échantillon national représentatif des prestations non gouvernementaux avait aussi été sélectionné. Il comprenait 30 postes de santé catholiques, 13 formations sanitaires d'entreprise, 6 formations privées à but lucratif et 8 "autres" formations sanitaires (Croix-Rouge, musulmanes et armées) pour un total de 57 établissements privés.

Pour la qualité des soins, des tentatives ont été faites pour obtenir des mesures des structures, des méthodes et des résultats (tels que perçus par les patients et les prestataires). Des questionnaires au niveau des établissements pour mesurer les coûts, les installations matérielles, le personnel, les sources de financement et l'utilisation ont été utilisés. Des échantillons de patients ont été tirés au sort pour observer le respect, par les prestataires, des pratiques de diagnostic et de traitement, et pour savoir comment les patients percevaient la qualité. Pour le traitement de la diarrhée et du paludisme par diverses catégories de personnel médical, les enquêteurs ont observé un maximum de 10 patients ambulatoires durant une période de deux jours (environ 950 cas). Pour chacune de plusieurs procédures médicales générales, des échantillons de cinq patients ont été obtenus. Pour améliorer le caractère aléatoire de la sélection, les patients ont été tirés au sort à partir de l'échantillon à différents moments de la journée pendant l'enquête de deux jours sur les établissements. Pour les patients opérés, un échantillon maximum de 10 sujets a été tiré au sort. Pour la perception de la qualité par les utilisateurs, 20 patients ont été interrogés à chaque établissement. Pour la manière dont la qualité étaient perçue par le personnel, tous les employés médicaux ont été interrogés.

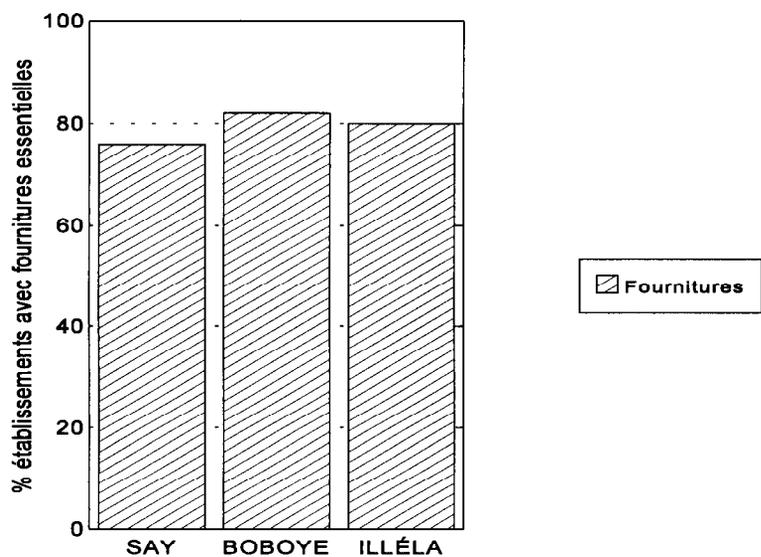
### DISPONIBILITE DE QUELQUES VACCINS DANS LES TROIS ARRONDISSEMENTS



Vaccins PEV, fièvre jaune; pilules et produits PF  
Source: Yazbeck (1994)

Graphique 4-1 Disponibilité de quelques vaccins dans les trois arrondissements

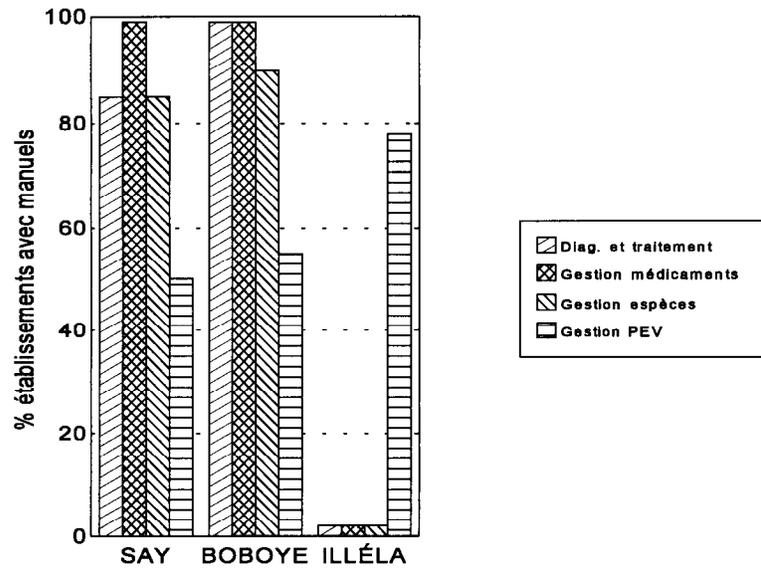
### DISPONIBILITE DE QUELQUES FOURNITURES DANS LES TROIS ARRONDISSEMENTS



Aiguilles, bascules, seringues, stéthoscope, sphygmomanomètre  
Source: Yazbeck (1994)

Graphique 4-2 Disponibilité de quelques fournitures dans les trois arrondissements

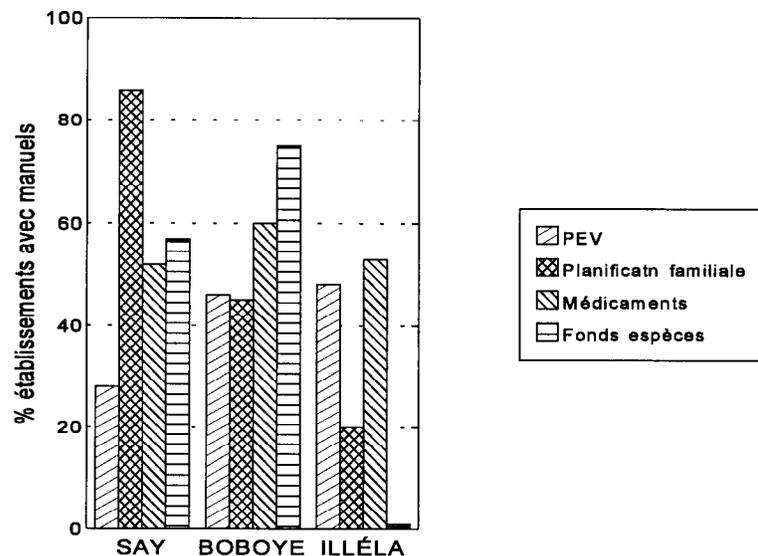
**PRESENCE DE MANUELS DE DIAGNOSTIC ET DE TRAITEMENT ET AUTRES MANUELS DE GESTION**



Source: Yazbeck (1994)

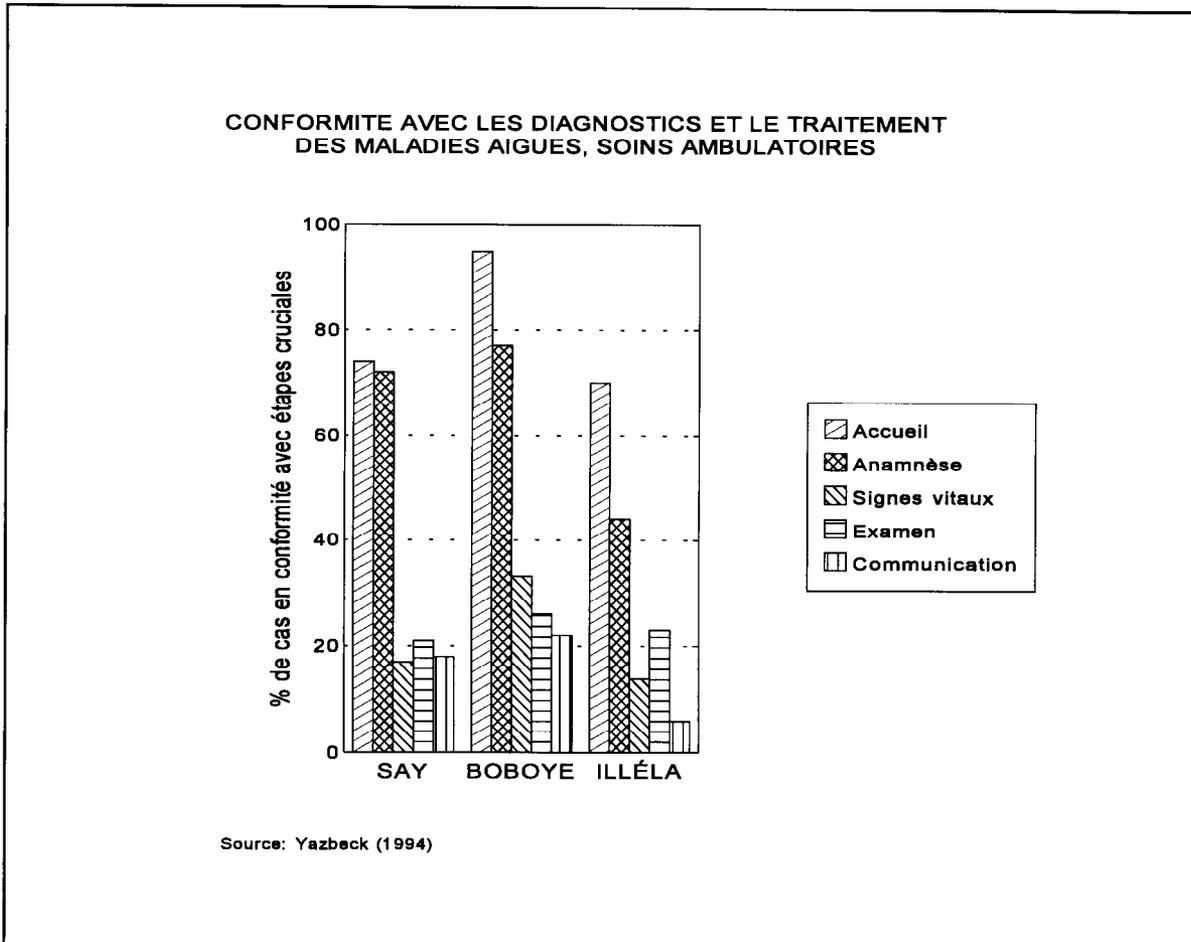
**Graphique 4-3** Présence de manuels de diagnostic et de traitement et autres manuels de gestion

**DISPONIBILITE DE MATERIEL POUR DOSSIERS (DIVERSES FORMES)**



Source: Yazbeck (1994)

**Graphique 4-4** Disponibilité de matériel pour dossiers (diverses formes)



**Graphique 4-5 Conformité avec le diagnostic et le traitement des maladies aiguës, service ambulatoire**

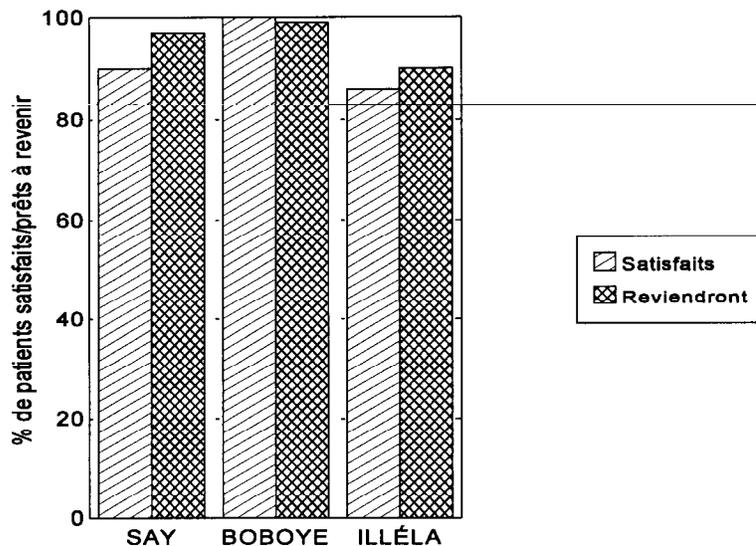
**Méthodes:**

L'information au sujet des **pratiques actuelles de diagnostic et de traitement** couvrait cinq aspects fondamentaux du processus: l'accueil du client, l'anamnèse, la surveillance des signes vitaux et la communication avec le patient (*Graphique 4-5*). Les professionnels de la santé dans les trois arrondissements se comportaient de manière satisfaisante pour accueillir et comprendre le patient. A Boboye, dans 98 pour cent des cas, à Say dans 83 pour cent et à Illéla dans 70 pour cent, au moins l'une des étapes de l'accueil des patients était exécutée. L'anamnèse se déroulait bien à Boboye et à Say avec un taux de conformité d'environ 75 pour cent, et l'exécution d'au moins l'une des étapes cruciales. A Illéla, le taux de conformité obtenu n'était que de 44 pour cent. Dans les trois arrondissements, la performance était uniformément médiocre pour la composante des signes vitaux, des examens de diagnostic et de la communication avec le patient. Au moins une tâche des signes vitaux était exécutée dans seulement 33 pour cent des cas à Boboye, et respectivement 17 pour cent et 14 pour cent des cas à Say et Illéla. Les examens de diagnostic atteignaient un taux de conformité inférieure à 25 pour cent dans les trois arrondissements. Le pire des éléments était la communication dans les trois arrondissements, avec moins de 22 pour cent de conformité pour au moins une étape cruciale. A Illéla, les normes n'étaient suivies que dans 6 pour cent des cas.

### **Résultats:**

Compte tenu de la difficulté à mesurer les changements dans l'état de santé, les mesures de la qualité relative aux résultats se sont concentrées sur la façon dont les patients perçoivent la qualité. Cette information a été recueillie par le biais d'entretiens avec les patients à la sortie. L'enquête sur les **perceptions des patients** suggère que la qualité des soins s'est améliorée à la suite de l'intervention (*Graphique 4-6*). En général, la plupart des patients étaient satisfaits des services reçus (Boboye 100 pour cent, Say 90 pour cent, Illéla 86 pour cent). Plus de 95 pour cent des patients dans chaque arrondissement déclaraient qu'ils retourneraient dans le même établissement. A Boboye, 100 pour cent et à Say 77 pour cent des patients pensaient que les améliorations de la qualité encourageaient une plus grande fréquentation des établissements (*Graphique 4-7*). A Boboye, 54 pour cent des patients estimaient que la meilleure disponibilité des médicaments expliquait la fréquentation accrue; 35 pour cent des patients pensaient que les visites de suivi gratuites augmentaient la fréquentation. Par contre, à Say 90 pour cent des patients pensaient que la meilleure disponibilité des médicaments conduisait à une utilisation accrue et 0 pour cent des patients pensaient que la gratuité du suivi entraînait en ligne de compte. Ces chiffres confirment qu'il y a un "risque moral" à Boboye—c'est-à-dire la réponse rationnelle du consommateur à la baisse du prix d'un service en deçà du prix coûtant du service au moment de l'achat, de sorte que l'utilisation augmente. A Say, le "risque moral" se limitait aux visites de suivi en rapport avec un épisode de maladie aiguë. La disponibilité des médicaments était citée par 91 pour cent des patients à Boboye comme une raison du recours à des établissements publics, contre 62 pour cent à Say. Par contre, à Illéla, 0 pour cent disait que la disponibilité des médicaments était la raison la plus importante du recours à l'établissement public; en fait, 100 pour cent des patients répondaient qu'ils s'étaient rendus à l'établissement public, tout simplement parce qu'ils étaient malades.

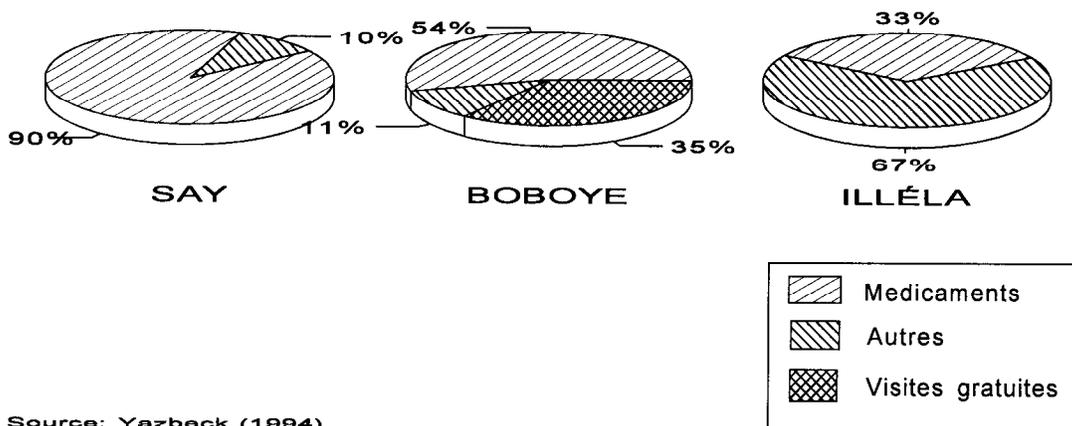
### SATISFACTION DES PATIENTS DANS LES TROIS ARRONDISSEMENTS



Source: Yazbeck (1994)

**Graph 4-6** Conformité avec les diagnostics et le traitement des maladies, soins ambulatoires

### PERCEPTIONS DE LA QUALITE QUI AUGMENTENT L'UTILISATION



Source: Yazbeck (1994)

**Graph 4-7** Satisfaction des patients dans les trois arrondissements

En conclusion, l'information ressortant de l'évaluation de la qualité qui a été réalisée un an environ après l'intervention a indiqué qu'il y avait eu, semble-t-il, certaines améliorations qualitatives dans les trois arrondissements. La plupart du personnel avait reçu une formation au cours des deux dernières années. Il y avait des vaccins dans la majorité des établissements. Des fournitures de planification familiale étaient généralement disponibles à Say uniquement, en liaison avec un programme de la Banque mondiale. On trouvait des fournitures médicales dans presque tous les établissements. Des guides et des manuels pour les protocoles de diagnostic et de traitement, pour la gestion de l'argent en espèce et les médicaments étaient également sur place; toutefois, plusieurs carences en ce qui concerne la prise des signes vitaux, la conduite des examens de diagnostic, et la communication avec les patients étaient particulièrement évidentes. Les patients semblaient avoir conscience des améliorations de la qualité pour ce qui est des médicaments et ils estimaient généralement que ce facteur augmentait l'utilisation. Les patients semblaient satisfaits des services mais de tels résultats doivent être appréhendés avec circonspection étant donné que ce genre d'entretien met rarement en évidence des attitudes négatives.

### **4.3.2      Sénégal**

#### **Sénégal: comparaisons secteurs public/privé**

Cette évaluation examine la situation au plan de la qualité au début de la Politique sanitaire nationale. Chaque catégorie de mesure est discutée successivement et récapitulée au *Tableau 4-3*.

##### ***Structures:***

Dans le *secteur public*, il y avait certaines carences au niveau des **qualifications du personnel de santé**. En moyenne, moins de la moitié du personnel avait reçu une formation de perfectionnement au cours des deux années précédant l'enquête. Vingt-deux à 47 pour cent environ des techniciens médicaux, 20 à 31 pour cent des médecins et 15 à 62 pour cent des infirmiers avaient bénéficié d'une forme ou d'une autre de formation au cours des deux dernières années. Les pourcentages les plus élevés étaient enregistrés parmi le personnel des postes de santé, plutôt que des centres, de santé. Il n'y avait pas de renseignements relatifs au *secteur privé* sur ce point.

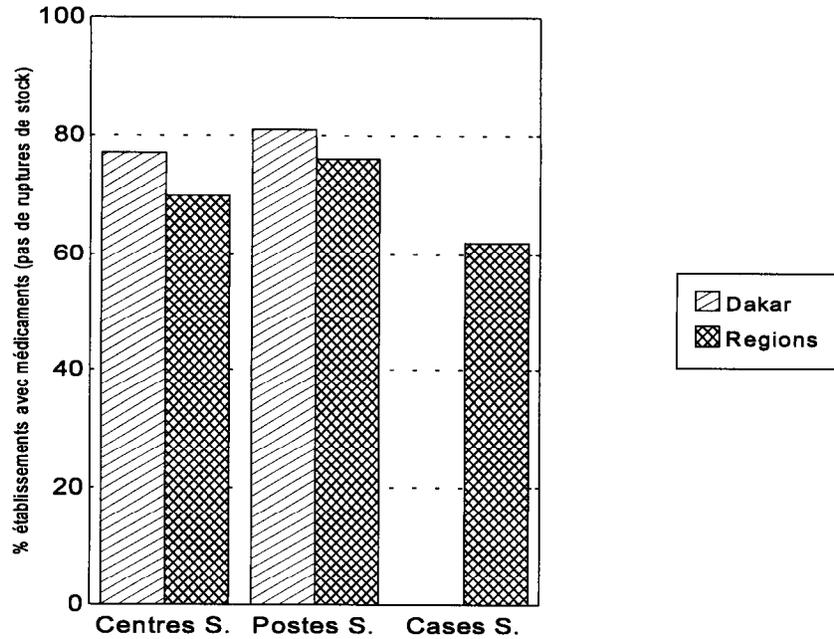
Dans le *secteur public*, une évaluation de la **disponibilité de plusieurs médicaments essentiels**, notamment la chloroquine, l'aspirine, les antibiotiques, les sels de réhydratation orale, les vaccins, les vermifuges et la quinine a révélé que la plupart des établissements étaient confrontés à des ruptures de stock importantes durant la période de l'étude (exercice 1991). Environ 40 à 50 pour cent des établissements avaient eu des ruptures de stock au cours de l'année (*Graphique 4-8*). La durée de ces ruptures de stock variait selon les établissements—elle allait de quelques semaines à une année entière. En particulier, des médicaments cruciaux pour le programme de soins de santé primaires, tels que la chloroquine, les sels de réhydratation et les vaccins, étaient souvent en rupture de stock. Les pénuries de médicaments étaient moins sérieuses à *Dakar*. Aucun renseignement n'était fourni concernant les contraceptifs. Dans le *secteur privé*, la plupart des établissements étaient bien approvisionnés en médicaments (*Graphique 4-9*). Les prestataires à but lucratif à *Dakar*, les postes catholiques dans cette même ville et dans les régions avaient rarement eu des ruptures de stock durant l'année étudiée. Toutefois, les ruptures de stock étaient fréquentes dans les formations sanitaires d'entreprise (20 à 40 pour cent des établissements) et chez les "autres prestataires privés" (30 à 60 pour cent des établissements).

Une majorité d'établissements *publics* manquaient de **fournitures médicales** cruciales (*Graphiques 4-10*). Les thermomètres, les lamelles de microscope et les réactifs pour les analyses de laboratoire faisaient défaut dans 20 à 40 pour cent des établissements. Comme pour les fournitures médicales, les pénuries étaient moins graves à *Dakar*. Dans le *secteur privé*, les établissements catholiques à but lucratif ne manquaient jamais de ces fournitures (*Graphique 4-11*). Les formations sanitaires d'entreprise marchaient bien. Par contre, les "autres prestataires" souvent ne disposaient pas de ces fournitures.

**TABLEAU 4-3  
SENEGAL: EVALUATION DE LA QUALITE DES SOINS DE SANTE**

SENEGAL		
	SECTEUR PUBLIC	SECTEUR PRIVE
<b>Structures</b>	<p><i>Médicaments:</i> ruptures de stock fréquentes; environ 40 à 50 pour cent des établissements avaient des ruptures de stock pendant l'année.</p> <p><i>Fournitures médicales/matériel:</i> ruptures de stock fréquentes (par exemple, 50 pour cent des établissements n'avaient pas de thermomètre).</p> <p><i>Personnel:</i> formation peu fréquente du personnel; (par exemple, &lt;50 pour cent du personnel au cours des deux dernières années).</p> <p><i>Protocoles:</i> pas généralement présents.</p> <p><i>Information gestion:</i> les observations ont révélé des systèmes d'information inadéquats, surtout pour les coûts et les revenus au niveau des établissements et du ministère.</p> <p><i>Dakar:</i> établissements moins affectés ici par les ruptures de stock.</p>	<p><i>Médicaments:</i> ruptures de stock rares dans les établissements à but lucratif et catholiques, ruptures de stock dans les formations sanitaires d'entreprise (environ 20 à 40 pour cent des établissements) et chez les "autres prestataires" (30 à 60 pour cent).</p> <p><i>Fournitures médicales/matériel:</i> situation meilleure dans les formations sanitaires à but lucratif et catholiques, ainsi que dans les formations d'entreprise; les "autres prestataires" manquaient de certaines fournitures (40 pour cent des établissements).</p> <p><i>Personnel:</i> pas de données.</p> <p><i>Protocoles:</i> généralement pas disponibles.</p> <p><i>Information gestion:</i> pas de données.</p> <p><i>Dakar:</i> établissements moins sujets à des ruptures de stock.</p>
<b>Méthodes</b>	<p><i>Fièvre et diarrhée:</i> les pratiques de traitement indiquaient une communication médiocre entre prestataire et patient (75 pour cent des cas), des omission de tests (60 pour cent des patients ne subissaient pas de tests sanguins pour le paludisme) et de questions et examens de diagnostic (dans 5 pour cent seulement des cas, on procédait à des examens des oreilles, de la gorge, de la respiration pour déceler des infections).</p> <p><i>Procédures médicales de routine</i> (pesée des nourrissons et vaccins): les procédures étaient suivies correctement dans 50 à 60 pour cent des cas, sauf se laver les mains (moins de 15 pour cent).</p>	<p><i>Fièvre et diarrhée:</i> les prestataires à but lucratif avaient des taux de conformité élevés (80 pour cent pour tous les aspects); les trois autres types de prestataires respectaient mal les normes, avec notamment une mauvaise communication prestataire-patient (elle ne se faisait pas de 60 à 70 pour cent du temps), omission de tests (dans 50 pour cent du temps), de questions et examens de diagnostic.</p> <p><i>Procédures médicales de routine:</i> l'exécution des étapes se faisait correctement dans la majorité des cas, sauf pour se laver les mains (moins de 30 pour cent). Les postes de santé à but lucratif et catholiques avaient les meilleurs comportements, les formations sanitaires d'entreprise avaient des comportements moins bons (environ 70 pour cent de conformité).</p>
<b>Résultats</b>	<p><i>Satisfaction du patient:</i> plus de 80 pour cent des patients étaient satisfaits; sauf pour les hôpitaux (65 pour cent), 80 pour cent des patients étaient disposés à revenir à l'établissement.</p> <p><i>Perceptions du personnel:</i> environ 60 pour cent du personnel qualifiaient les soins de moyens (hôpitaux, 66 pour cent; centres, 73 pour cent, postes 63 pour cent, cases, 52 pour cent).</p>	<p><i>Satisfaction du patient:</i> près de 100 pour cent étaient satisfaits, sauf dans la catégorie "autres établissements".</p> <p><i>Perceptions du personnel:</i> percevait dans l'ensemble les soins comme étant bons; auto-perception bonne des soins dans les établissements à but lucratif (93 pour cent), dans les formations catholiques (79 pour cent), dans les formations sanitaires d'entreprise (74 pour cent) et chez les autres prestataires (26 pour cent).</p>

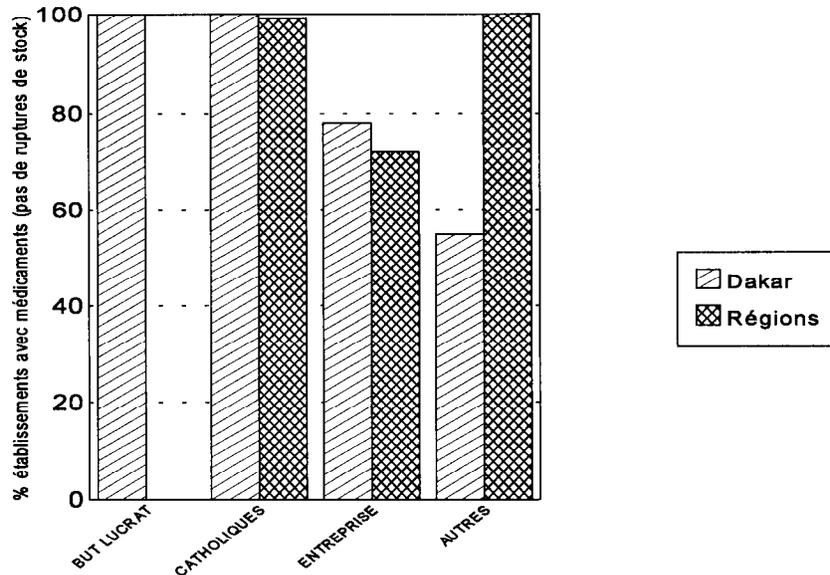
SENEGAL - ETABLISSEMENTS PUBLICS: DISPONIBILITE DE QUELQUES MEDICAMENTS DANS LES ETABLISSEMENTS SANITAIRES



Chloroquine, vermifuge, aspirine, vaccins, antibiotiques, quinine, SRO  
Adapté: Bitran, Brewster, Ba (1994a). Graphique 3-8

**Graphique 4-8** Sénégal-Etablissements publics: disponibilité de quelques médicaments dans les établissements sanitaires

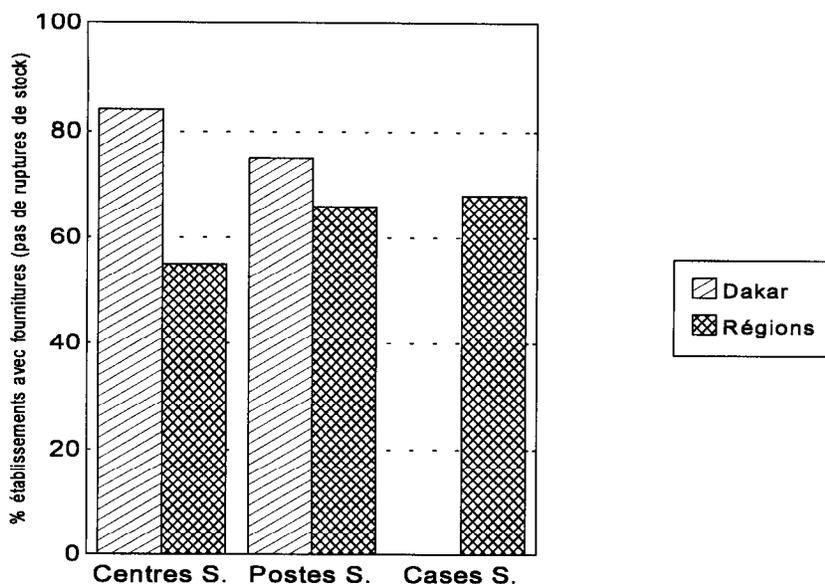
SENEGAL - ETABLISSEMENTS PRIVES  
DISPONIBILITE DE QUELQUES MEDICAMENTS  
A DAKAR ET DANS LES REGIONS



CHLOROQUINE, VERMIFUGE, ASPIRINE, VACCINS, ANTIBIOTIQUES, QUININE, SRO  
ADAPTE: BITRAN, BREWSTER, BA (1994B). GRAPHIQUE 3-15.

**Graphique 4-9** Sénégal-Etablissements privés: disponibilité de quelques médicaments à Dakar et dans les régions

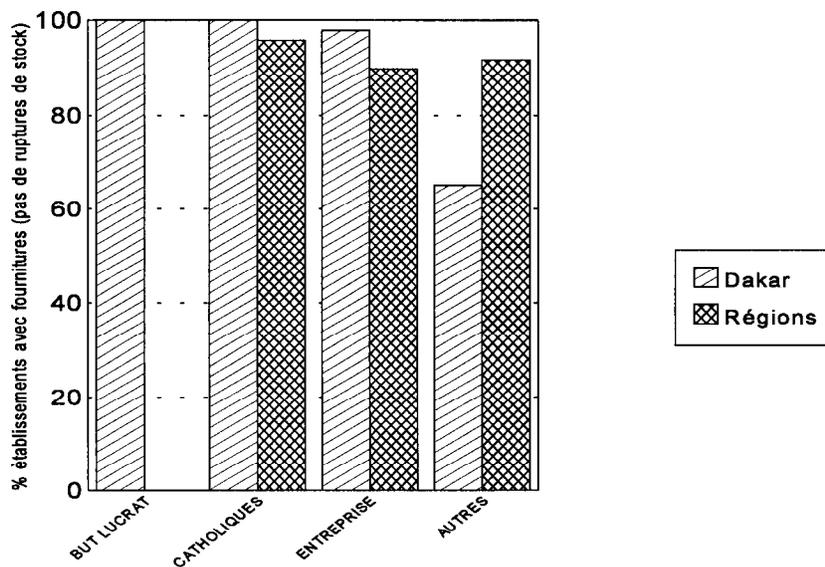
**SENEGAL - ETABLISSEMENTS PUBLICS  
DISPONIBILITE DE QUELQUES FOURNITURES  
DANS LES ETABLISSEMENTS SANITAIRE**



Alcool, gants, coton, thermomètres, seringues, lamelles, aiguilles  
Adapté: Bitran, Brewster, Ba (1994a). Graphiques 3-9.

**Graphique 4-10 Sénégal-Etablissements publics: disponibilité de quelques fournitures dans les établissements sanitaires**

**SENEGAL - ETABLISSEMENTS PRIVES  
DISPONIBILITE DE QUELQUES FOURNITURES  
A DAKAR ET DANS LES REGIONS**



Alcool, lamelles, coton, seringues, gants, thermomètres, aiguilles  
ADAPTE: BITRAN, BREWSTER, BA (1994b). Graphique 3-16.

**Graphique 4-11 Sénégal-Etablissements privés: disponibilité de quelques fournitures à Dakar et dans les régions**

Dans le *secteur public*, la plupart du personnel de santé ne travaillait pas à partir des **protocoles de diagnostic et de traitement**. Dans le *secteur privé*, il semblerait que de tels protocoles n'étaient pas normalement pas disponibles. **Les systèmes d'information pour la gestion** étaient considérés comme médiocres dans les établissements publics et au niveau du ministère. Des données fiables sur les coûts et les revenus étaient rarement disponibles.

### **Méthodes:**

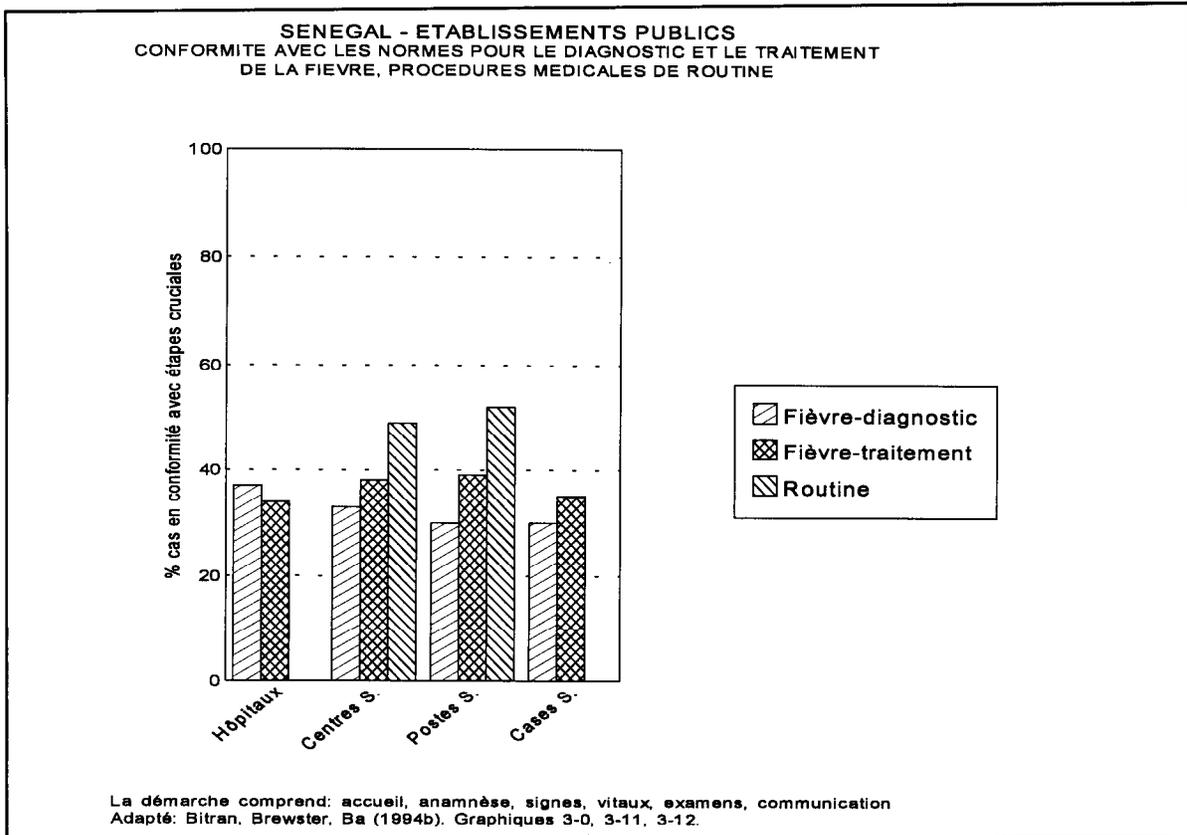
La démarche des soins a été examinée en comparant **les pratiques courantes de traitement avec les normes** décidées par une équipe de médecins et d'infirmiers sénégalais (*Graphique 4-12*). Dans la catégorie des personnes déclarant qu'elles avaient de la fièvre ou la diarrhée, plusieurs lacunes ont été observées, notamment une mauvaise communication du personnel médical avec le patient. La communication ne se faisait convenablement que dans 25 pour cent des cas. La surveillance des signes vitaux, l'anamnèse et les examens de diagnostic étaient mal faits. Par exemple, en dehors des hôpitaux, moins de 5 pour cent des patients qui avaient de la fièvre étaient examinés pour des infections des voies respiratoires, des oreilles ou de la gorge. Le personnel médical ne procédait pas à des tests sanguins pour le paludisme dans 60 pour cent des cas. En ce qui concerne les actes médicaux de routine comme la pesée des nourrissons et les vaccinations, ils se faisaient de manière satisfaisante 80 pour cent du temps, à l'exception de quelques étapes telles que de se laver des mains (moins de 15 pour cent du temps). En moyenne, les niveaux de conformité les plus élevés étaient observés chez les infirmiers, et les moins élevés chez les médecins. Dans le *secteur privé*, les taux de conformité les plus élevés pour le diagnostic et le traitement de la fièvre et de la diarrhée se trouvaient chez les prestataires à but lucratif qui exécutaient la plupart des tâches (*Graphique 4-13*). La conformité parmi les trois autres types de prestataires privés était médiocre. Les tâches normalisées étaient omises 50 pour cent du temps. La communication patient-prestataire était médiocre (omise 60 à 70 pour cent du temps). Les soins médicaux de routine les meilleurs étaient, semble-t-il, dispensés dans les formations sanitaires à but lucratif et les postes catholiques, et les moins bons dans les formations sanitaires d'entreprise (environ 70 pour cent de conformité).

### **Résultats:**

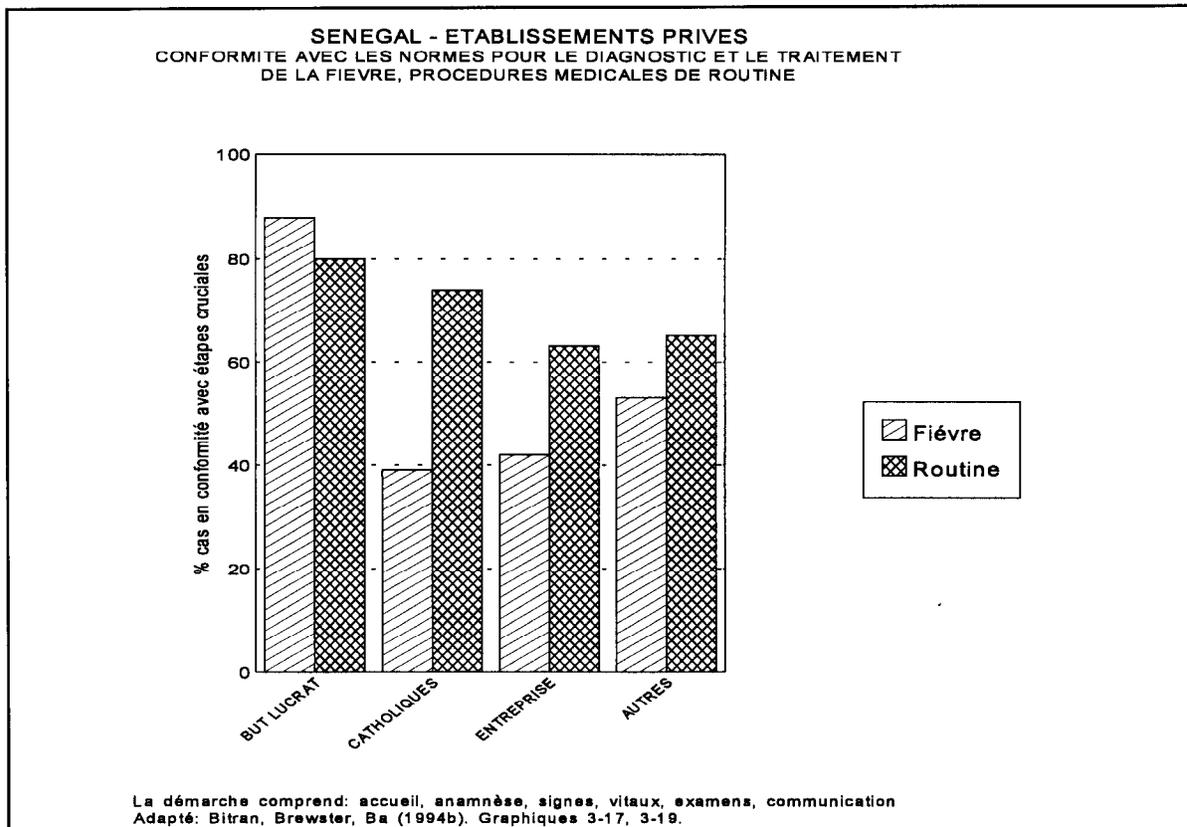
Les mesures des résultats pour l'étude sénégalaise mettaient l'accent sur l'évaluation de la qualité par les patients et le personnel. Cette information était recueillie par le biais d'entrevues avec les uns et les autres. Les **perceptions de la qualité par les patients** variaient en fonction du type d'établissement *public*: environ 80 pour cent des patients se déclaraient satisfaits des établissements non hospitaliers et 65 pour cent des hôpitaux (*Graphique 4-14*). Toutefois, 80 pour cent des patients rapportaient qu'ils retourneraient dans le même établissement. La proximité géographique était souvent citée comme une raison pour s'être adressé à un établissement public particulier. Les **perceptions de la qualité par le personnel** traduisaient la frustration de celui-ci face au manque de fournitures, de médicaments et d'effectifs (*Graphique 4-15*). Environ 60 pour cent du personnel estimait que la qualité était moyenne, mais les perceptions étaient variables selon les établissements publics (hôpitaux 66 pour cent, centres de santé 73 pour cent, postes de santé 63 pour cent, et cases de santé 52 pour cent). Seulement de 4 à 24 pour cent du personnel pensait que les soins étaient bons. Dans le *secteur privé*, 100 pour cent des patients étaient généralement satisfaits des services de santé qu'ils avaient reçus (*Graphique 4-16*). Chez le personnel, les perceptions de la qualité variaient chez les prestataires privés. La meilleure auto-

évaluation se situait chez les prestataires à but lucratif, suivis par les formations sanitaires catholiques et celles rattachées à des entreprises. Le personnel des "autres formations sanitaires" estimait que ses soins n'étaient pas satisfaisants. Par rapport au secteur public, davantage de prestataires qualifiaient leurs soins de "bons" (supérieurs à la moyenne): à but lucratif (93 pour cent), catholiques (79 pour cent), formations sanitaires d'entreprise (74 pour cent, "autres" prestataires (26 pour cent) (*Graphique 4-17*).

Ces remarques semblaient indiquer d'importantes **différences dans les perceptions des patients et des prestataires**. Les patients semblaient plus satisfaits des soins qu'ils avaient reçus que les prestataires ne l'étaient des soins qu'ils avaient fournis. Les prestataires mettaient habituellement l'accent sur la disponibilité des fournitures et des médicaments dans leurs évaluations. Il conviendrait toutefois de ne pas tirer de conclusions hâtives au sujet des perceptions car on s'est aperçu que dans de nombreuses situations en Afrique subsaharienne les patients expriment rarement un avis négatif à l'occasion d'un entretien. Compte tenu de cette habitude culturelle, il n'était pas surprenant de trouver des scores de satisfaction relativement élevés; néanmoins, cette satisfaction semblait difficile à expliquer, compte tenu des sérieuses difficultés qu'éprouvait le secteur de la santé.

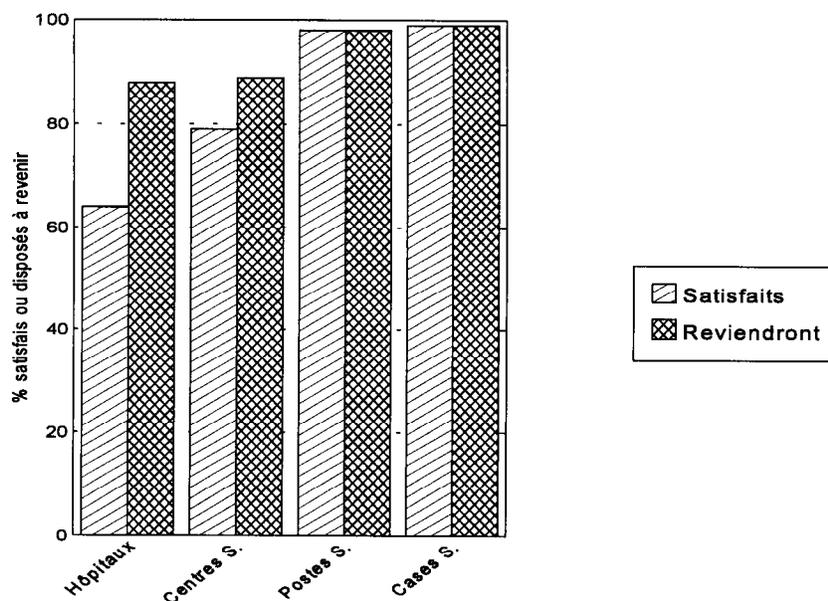


**Graphique 4-12 Sénégal-Etablissements publics: conformité avec les normes pour le diagnostic et le traitement de la fièvre, procédures médicales de routine**



**Graphique 4-13 Sénégal-Etablissements privés: conformité avec les normes pour le diagnostic et le traitement de la fièvre, procédures médicales de routine**

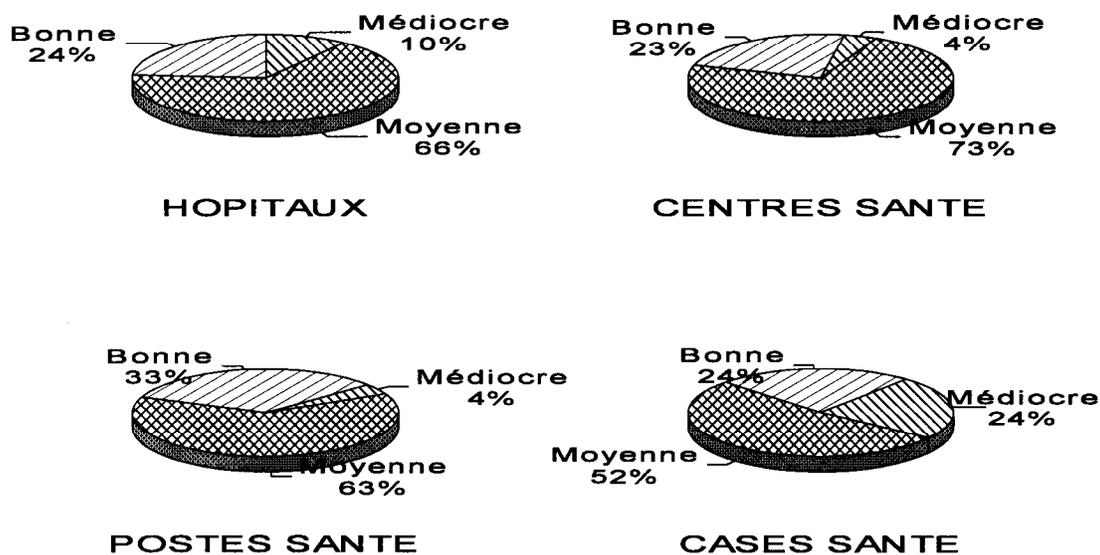
## SENEGAL - ETABLISSEMENTS PUBLICS SATISFACTION DES PATIENTS



Resultats d'entretiens à la sortie  
Adapté: Bitran, Brewster, Ba (1994a). Graphique 3-15.

**Graphique 4-14** Sénégal-Etablissements publics: satisfaction des patients

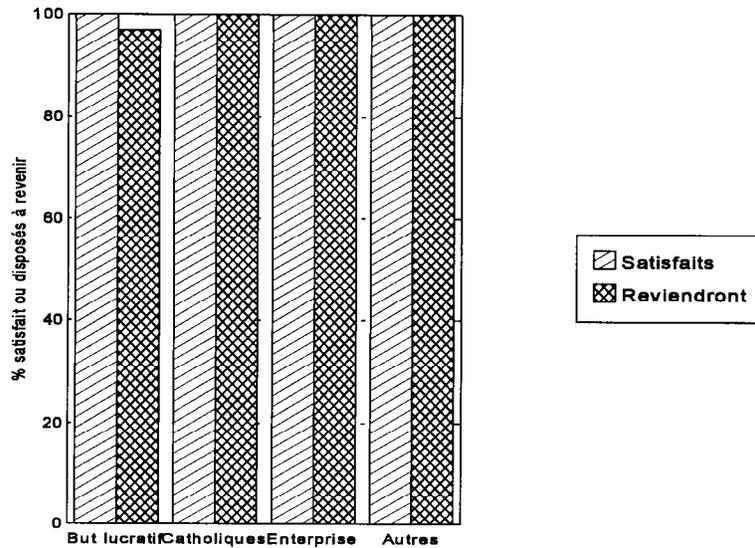
## SENEGAL - ETABLISSEMENTS PUBLICS PERCEPTIONS DE LA QUALITE DES SOINS DANS LES ETABLISSEMENTS PAR LE PERSONNEL



Source: Bitran, Brewster, Ba (1994b). Graphique 3-20.

**Graphique 4-15** Sénégal-Etablissements publics: perceptions de la qualité des soins par le personnel dans les établissements

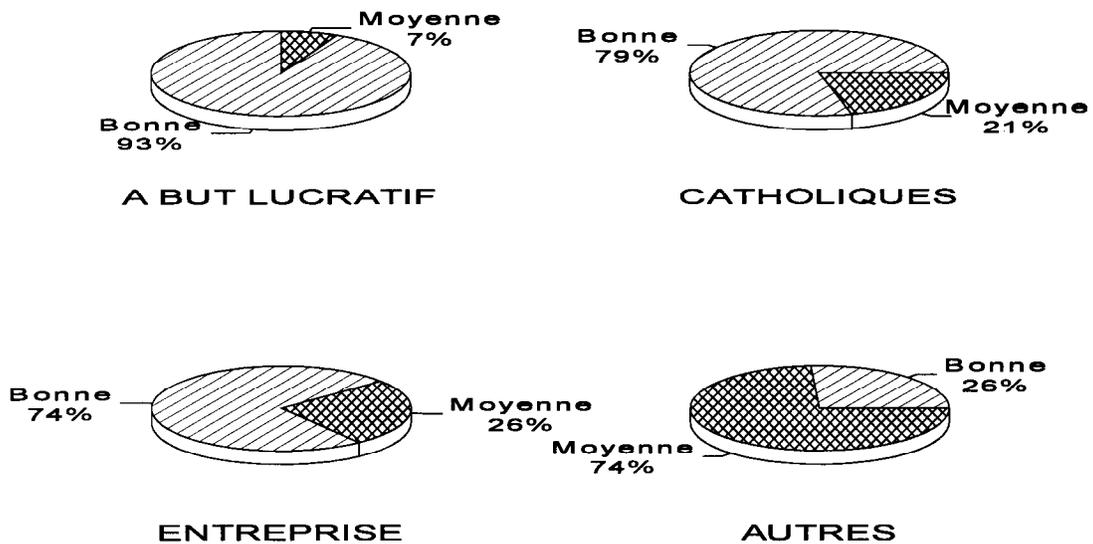
## SENEGAL - ETABLISSEMENTS PRIVES SATISFACTION DES PATIENTS



Résultats entretiens sortie  
Adapté: Bitran, Brewster, Ba (1994b). Graphique 3-21

**Graphique 4-16** Senegal – Établissements Privés: Satisfaction des patients

## SENEGAL - ETABLISSEMENTS PRIVES PERCEPTION DE LA QUALITE PAR LE PERSONNEL



Source: Bitran, Brewster, Ba (1994a), Graphique 3-22

**Graphique 4-17** Sénégal – Établissements Privés: Perception de la qualité par le personnel

## 4.0 DEFINITION, MESURE ET EVALUATION DE LA QUALITE DES SOINS

### 4.1 CONCEPTS

Alors qu'aucune définition unique de la qualité des services de santé ne convient à toutes les situations, les définitions suivantes constituent des principes directeurs utiles. Donebedian a déclaré que "la qualité des soins techniques consiste en l'application de la science et de la technologie médicale d'une manière qui maximise ses avantages pour la santé sans accroître les risques dans les mêmes proportions. Le degré de qualité est donc la mesure dans laquelle on s'attend à ce que les soins fournis permettent un meilleur équilibre entre les risques et les avantages" (Donebedian, 1980, p. 5-6). Selon Roemer et Aguilar (1988), la qualité des soins de santé consiste en "une exécution convenable (conformément aux normes) d'interventions qui sont connues comme étant sûres, qui sont abordables pour la société en question, et qui sont susceptible d'avoir un impact sur la mortalité, la morbidité, l'invalidité et la malnutrition." La Gestion de la qualité absolue met l'accent sur la réalisation de ce qu'il convient de faire, tout de suite (Walton, 1986). Toutes ces définitions se concentrent sur les aspects techniques et cliniques des soins tels qu'ils sont appréhendés par le prestataire, et sur l'application de procédures cliniques connues. Il faut approfondir la façon dont le patient perçoit la qualité; son optique ne coïncide peut-être pas toujours avec celle des prestataires. En outre, tandis que les aspects cliniques sont au coeur des questions relatives à la qualité des soins, sans systèmes adéquats de soutien, tels que l'information de gestion, les systèmes logistiques et la gestion financière, on ne pourra pas obtenir des soins de qualité. Les définitions de la qualité devraient être élargies pour inclure de telles préoccupations.

Donebedian propose trois niveaux de mesure de la qualité des soins de santé: structures, méthodes et résultats (Donebedian, 1980). La structure évalue la qualité des soins de santé par une étude du contexte dans lequel les soins sont dispensés. Cet aspect comprend le degré d'adéquation des établissements et du matériel, les procédures administratives, les qualifications du personnel médical et l'organisation. On part du principe qu'avec un environnement et des moyens convenables on obtiendra des soins médicaux satisfaisants. La méthode suppose non seulement l'existence d'une technologie médicale pour obtenir des résultats, mais également l'application d'une démarche médicale jugée bonne: anamnèse, examen clinique, tests de diagnostic, justification du diagnostic et de la thérapie, compétence technique, preuves d'une gestion préventive, coordination et continuité des soins, et l'acceptabilité des soins pour le patient. On suppose que des procédures correctes déboucheront sur de bons résultats en termes de santé. Les mesures du résultat cherchent à déterminer si un changement dans l'état de santé actuel et ultérieur d'une personne peut être attribué à des soins de santé antérieurs. Elles examinent le rétablissement du patient, le rétablissement de la fonction, la survie et la satisfaction du patient. La validité du résultat médical en tant que dimension de la qualité est rarement contestée. Toutefois, il y a souvent des facteurs multiples qui, en plus du protocole de traitement, affectent l'issue médicale, comme par exemple le fait qu'un bon état de santé n'est pas toujours la conséquence de bonnes procédures. Parmi les autres facteurs déterminants de la santé, il faudrait inclure l'éducation, le revenu, l'environnement et la nutrition.

Pour déterminer les points sur lesquels il faudrait des améliorations de la qualité, il faut comprendre les mesures afférentes aux structures, aux méthodes et aux résultats, dans l'optique du prestataire comme du patient, pour les services cliniques et les services de soutien (Wouters, 1991). Pour chacun de ces trois niveaux de mesure, il est difficile de savoir comment faire la somme de leurs différents éléments constitutifs (Bitran, 1992). Par exemple, quand on mesure les méthodes, comment prendre en compte le respect d'étapes cruciales et d'autres qui se sont moins? Quel poids devrait être donné à chaque élément? L'assurance de la qualité est allée plus loin et a établi un ensemble d'activités pour veiller à ce que les normes relatives aux aspects cliniques et non cliniques des services soient maintenues, et même continuellement améliorés.

Des méthodologies appropriées, valables et fiables pour mesurer les aspects de la qualité en rapport avec les structures, les méthodes et les résultats font encore l'objet d'un large débat. Les mesures concernant les structures sont sans doute les plus faciles à collecter, étant donné qu'elles consistent essentiellement à faire l'inventaire des conditions matérielles et administratives. Il existe diverses stratégies pour évaluer les méthodes de soins, y compris l'examen d'un échantillon des registres des formations sanitaires (audits médicaux) et/ou diverses statistiques sur les services; des observations détaillées des tâches, des procédures et des épisodes de traitement actuellement appliquées; des observations de comportements simulés (comme les jeux de rôles); des enquêtes sur les activités en fonction des souvenirs des patients/du personnel; le "brainstorming" au niveau des agents à propos des démarches suivies; et des observations personnelles (formelles et informelles) du personnel (chercheur) au sujet des activités des établissements. Les mesures des résultats sont probablement les plus délicates à mettre au point. Pour la satisfaction des patients, on pourrait avoir des conversations informelles avec des patients, préparer une compilation des doléances, réaliser des interviews en rapport avec la satisfaction des patients (à la sortie, lors du suivi ou chez eux), établir des guichets-client, ou bien encore organiser des discussions avec des groupes cibles. Des travaux complémentaires s'imposent pour clarifier les mérites et les problèmes de chacune élément (Franco et al., 1994). Même aux Etats-Unis, les méthodes pour la collecte de renseignements sur la satisfaction des patients sont passées au crible (Rubin, 1990). Les méthodologies pour évaluer les mesures des résultats posent également problème. Les travaux préliminaires dans ce domaine se sont habituellement concentrés sur les résultats médicaux défavorables, les complications, la reprise d'activités normales et les décès (Shepard et al., 1993; Binns et Early, 1989).

## **4.2 MESURES DE LA QUALITE DES SOINS**

Les études réalisées au Niger comme au Sénégal ont comporté des évaluations de divers aspects de la qualité des soins qui comprenaient des mesures des structures, des méthodes et des résultats. Ces évaluations ne cherchaient pas à apporter une information détaillée et exhaustive de la qualité des soins, mais plutôt des renseignements d'ordre général sur la qualité pour compléter l'analyse du financement des soins de santé. Se fondant sur l'opinion experte d'un groupe de professionnels de la santé dans chaque pays, des équipements clés et des étapes cruciales de chaque démarche ont été identifiés pour guider la collecte de données. Les mesures de la qualité présentées dans les tableaux et figures ci-après sont calculées en moyenne simple d'un grand nombre d'éléments inclus dans chacun des principaux aspects de la qualité (par exemple, la moyenne des fournitures, des principaux vaccins, et des divers types de dossiers). Cette approche relativement simpliste pour mesurer la qualité donne une évaluation grossière de celle-ci. Comme mentionné plus haut, les instruments de mesure pour la qualité sont encore très rudimentaires.

En outre, ces évaluations n'ont pas examiné la performance des activités d'assurance de la qualité—à savoir des activités qui seraient menées conjointement pour s'assurer que des normes soient établies et suivies en permanence pour toutes les activités (tant cliniques que services de soutien) en liaison avec la santé. Enfin, ces évaluations se sont concentrées sur des questions cliniques, bien qu'une certaine attention aient été apportée aux services de soutien non médicaux, tels que l'information de gestion, en particulier au Niger où de meilleures méthodes ont été instituées pour la tenue des fichiers et pour la gestion des médicaments ainsi que des fonds en espèces. Un résumé des mesures de la qualité qui ont été utilisées est présenté au *Tableau 4-1*.

TABLEAU 4-1  
COMPARAISON DES MESURES DE LA QUALITE

	NIGER	SENEGAL
		SECTEURS PUBLIC ET PRIVE
Structures	<p><i>Equipement médical, véhicules:</i> nombre d'unités opérationnelles pendant l'année de référence.</p> <p><i>Médicaments, fournitures:</i> disponibilité des produits au moment de l'enquête, durée des ruptures de stock, médicaments essentiels, vaccins et contraceptifs.</p> <p><i>Qualifications du personnel médical:</i> nombre d'employés ayant reçu une formation au cours des deux dernières années.</p> <p><i>Protocoles:</i> existence de protocoles normalisés de diagnostic et de traitement.</p> <p><i>Information de gestion:</i> systèmes de fichiers et de renseignements satisfaisants pour des points particuliers.</p>	<p><i>Equipement médical, véhicules:</i> nombre d'unités opérationnelles pendant la période de référence.</p> <p><i>Médicaments, fournitures médicales:</i> disponibilité des produits au moment de l'enquête, durée des ruptures de stock durant l'année de référence; accent mis sur les médicaments essentiels.</p> <p><i>Qualifications du personnel médical:</i> nombre d'employés ayant reçu une formation de perfectionnement au cours des deux dernières années.</p> <p><i>Caractéristiques de l'établissement:</i> existence de protocoles de traitement, fournitures de planification familiale, examens de laboratoire.</p> <p><i>Information de gestion:</i> observations générales.</p>
Méthodes	<p><i>Pratiques de traitement:</i> observation des épisodes de traitement pour comparer les pratiques effectives avec les protocoles de diagnostic et de traitement pour les maladies nécessitant des soins curatifs généraux, en externe.</p>	<p><i>Pratiques de traitement:</i> observation d'épisodes de traitement pour comparer les pratiques effectives de traitement avec des normes convenues localement pour un échantillon de patients ayant fièvre ou diarrhée comme symptôme principal, pour un échantillon d'accouchements, et pour un échantillon de procédures médicales de routine (prises de sang, transfusions sanguines, aseptie des plaies, injections, perfusions, cordon ombilical, pesée des nourrissons).</p>
Résultats	<p><i>Perceptions du personnel:</i> pas d'information.</p> <p><i>Perceptions des patients:</i> interviews avec un échantillon de patients de chaque établissement au sujet des caractéristiques de l'établissement préféré, des perceptions de changements au niveau de la qualité et de la satisfaction en général.</p>	<p><i>Perceptions du personnel:</i> interview avec tous le personnel de l'établissement au sujet de l'adéquation des fournitures, de l'auto-évaluation de la qualité des soins, de l'évaluation des améliorations requises.</p> <p><i>Perceptions des patients:</i> entretiens avec un échantillon de patients de chaque établissement au sujet des caractéristiques de l'établissement préféré et de la disposition à retourner à l'établissement en question dans l'avenir.</p>

### **4.2.1 Niger**

L'évaluation de suivi concernant la qualité des soins au Niger a collecté des renseignements sur cinq aspects de la qualité:

- ▲ les effectifs et la formation au cours des deux dernières années précédant l'enquête;
- ▲ la disponibilité des médicaments essentiels, des vaccins et des contraceptifs, des fournitures médicales;
- ▲ le respect par le personnel médical des normes cliniques de traitement (accueil, anamnèse, signes vitaux, examen de diagnostic, communication);
- ▲ la satisfaction des patients, les perceptions de changements dans la qualité; et
- ▲ le système de dossiers et d'information.

### **4.2.2 Sénégal**

L'étude de la qualité des soins au Sénégal s'est concentrée sur la collecte de renseignements relatifs à cinq aspects de la qualité:

- ▲ les effectifs, la formation du personnel au cours des deux années ayant précédé l'enquête;
- ▲ la disponibilité des médicaments et autres fournitures médicales au moment de l'enquête et durant toute la période de l'étude de référence (exercice 91);
- ▲ le respect par le personnel médical des normes cliniques de traitement (communication générale, diagnostic critique/étapes du traitement);
- ▲ la perception de la qualité par les patients; et
- ▲ la perception de la qualité par le personnel.

Au Sénégal, aucune information particulière n'avait été collectée sur la gestion des système d'information pour la gestion, mais on avait effectué des observations générales au sujet de la disponibilité de renseignements sur les coûts.

## **4.3 ENSEIGNEMENTS**

Les contextes pour les évaluations de la qualité des soins au Niger et au Sénégal étaient différents. Au Niger, depuis que des améliorations de la qualité avaient été instituées dans le cadre de l'activité de recouvrement des coûts, idéalement, on aurait pu vouloir comparer les mesures de la qualité avant et après l'intervention. Il n'existait pas cependant de mesures quantitatives des changements effectifs en ce qui concerne les différentes dimensions de la qualité des soins. Par contre, des observations générales de la qualité au sujet des conditions de départ avaient été notées et des données étaient disponibles pour indiquer si les services de santé, après l'introduction de l'intervention, présentaient des caractéristiques qui étaient comptables avec les améliorations désirées de la qualité.

Au Sénégal, la Politique sanitaire nationale commençait à peine. Les évaluations de la qualité, des coûts, de l'efficacité et de l'utilisation ont fourni une information de référence pour guider la mise en oeuvre dans l'avenir.

### **4.3.1 Niger**

#### **Qualité des soins: avant l'intervention**

L'information présentée dans cette section est tirée essentiellement de descriptions qualitatives des conditions des services de santé avant la mise en oeuvre de l'intervention. Peu de renseignements quantitatifs étaient disponibles pour cette période; toutefois, les renseignements de la base de données suggéreraient une qualité médiocre: la demande de soins médicaux en dehors du domicile était très restreinte dans les trois arrondissements. A Say, environ 15 pour cent des personnes malades recherchaient des soins médicaux à l'extérieur. A Boboye, la proportion était de 20 pour cent et à Illéla de 14 pour cent.

##### *Structures:*

Dans l'ensemble, le système de santé publique au Niger s'était sérieusement détérioré à l'époque où des projets pilotes étaient envisagés pour la première fois. Les médicaments et les fournitures étaient pratiquement inexistantes. Le matériel faisait défaut ou n'était pas opérationnel. Par le truchement de l'assistance belge, la formation en soins préventifs et curatifs de base pour les patients ambulatoires débutait à peine, au moment des plus ou moins des essais pilotes. A Boboye, la formation avait commencé aux alentours de 1989, mais il y avait eu des cours de perfectionnement avant le début des essais. A Say, une formation était offerte pour la première fois avant le démarrage des tests pilotes (novembre 1992). Les systèmes d'information pour la gestion étaient très limités.

L'enquête de référence sur les ménages a montré que pratiquement la moitié de toutes les personnes malades dans les trois arrondissements avaient recours à des médicaments disponibles à la maison pour soigner une maladie dans les deux semaines précédant l'entretien. Dans les trois arrondissements, environ un quart des personnes malades qui avaient acheté des médicaments avant de se rendre dans un établissement sanitaire s'étaient approvisionnés dans une pharmacie; les trois quarts restants avaient obtenu leurs médicaments auprès d'un agent de santé villageois, d'un vendeur ambulant ou au marché. La plupart des personnes malades (50 pour cent) dans l'arrondissement de Say avaient acheté leurs médicaments à un agent de santé; à Boboye et à Illéla, les médicaments avaient été achetés pour la plupart au marché ou à des vendeurs ambulants (50 pour cent et 55 pour cent, respectivement).

##### *Méthodes:*

Des protocoles de traitement normalisés n'étaient ni disponibles, ni utilisés avant la période d'intervention.

### *Résultats:*

Compte tenu de la sérieuse sous-utilisation des établissements sanitaires publics, il était manifeste que les patients n'attendaient pas grand-chose de ces services.

### **Qualité des soins: après l'intervention**

Les améliorations de la qualité incluses dans les tests pilotes se concentraient essentiellement sur des questions de base en rapport avec la qualité de la conception. Les qualifications des agents de santé étaient rehaussées par la formation qui leur était dispensée au sujet des protocoles normalisés de diagnostic-traitement. Les systèmes de gestion étaient améliorés; le personnel recevait une formation concernant l'utilisation des médicaments essentiels, et les systèmes de gestion des médicaments et des fonds en espèces. On veillait en particulier à ce que la disponibilité des médicaments essentiels soit assurée—cette amélioration était considérée comme importante par les prestataires et le Ministère de la santé, et elle était perçue comme désirable par les patients. Dans une certaine mesure, les caractéristiques de la qualité, au niveau des méthodes, étaient traitées en mettant en place des protocoles normalisés de diagnostic-traitement; toutefois, on ne veillait guère à ce que ces méthodes soient suivies une fois la formation terminée. Les conditions post-intervention sont résumées ci-dessous et énoncées au *Tableau 4-2*:

TABLEAU 4-2  
NIGER: EVALUATION DES CHANGEMENTS DANS LA QUALITE DES SOINS DE SANTE

	Say	Boboye	Illéla
Structures	<p><i>Vaccins et contraceptifs:</i> environ 60 à 70 pour cent des installations à la fin de 1993, et 57 pour cent durant la première moitié de 1994 avaient des vaccins; 60 pour cent avaient des fournitures satisfaisantes de planification familiale grâce à un projet de la Banque mondiale.</p> <p><i>Fournitures médicales/matériel:</i> la plupart des fournitures essentielles étaient disponibles dans 80 pour cent des établissements;</p> <p><i>Personnel:</i> 90 pour cent des infirmiers avaient reçu une forme ou une autre de formation de perfectionnement; 50 pour cent pour le reste du personnel; le médecin d'arrondissement avait eu une formation portant sur les protocoles de SSP.</p> <p><i>Protocoles:</i> plus de 86 pour cent des établissements avaient des manuels de diagnostic, de traitement, de gestion des fonds en espèces et des médicaments; 50 pour cent des établissements avaient des modules de gestion PEV.</p> <p><i>Information de gestion:</i> 50 pour cent des établissements en moyenne avaient certains des fichiers nécessaires; 86 pour cent des établissements avaient des fichiers pour la planification familiale.</p>	<p><i>Vaccins et contraceptifs:</i> environ 60 pour cent des établissements à la fin de 1993, et 80 pour cent durant la première moitié de 1994 avaient des vaccins; fournitures limitées de planification familiale (&lt;30 pour cent).</p> <p><i>Fournitures médicales/matériel:</i> la plupart des fournitures cruciales étaient disponibles dans 76 pour cent des établissements.</p> <p><i>Personnel:</i> 65 pour cent des infirmiers avaient suivi une forme ou une autre de formation de perfectionnement; 27 pour cent pour le reste du personnel; le médecin d'arrondissement n'avait pas eu une formation en protocoles de SSP.</p> <p><i>Protocoles:</i> plus de 86 pour cent des établissements avaient des manuels de diagnostic, traitement, gestion des fonds en espèces et des médicaments; environ 50 pour cent avaient des modules de gestion PEV.</p> <p><i>Information de gestion:</i> 50 pour cent des établissements en moyenne avaient certains des fichiers nécessaires.</p>	<p><i>Vaccins et contraceptifs:</i> environ 90 pour cent des établissements à la fin de 1993, et 80 pour cent durant la première moitié de 1994 avaient des vaccins, grâce à un nouveau programme de PEV; fournitures limitées de planification familiale (&lt;30 pour cent).</p> <p><i>Fournitures médicales/matériel:</i> la plupart des fournitures essentielles étaient disponibles dans plus de 80 pour cent des établissements.</p> <p><i>Personnel:</i> 81 pour cent des infirmiers avaient reçu une forme ou une autre de formation de perfectionnement; 90 pour cent pour le reste du personnel; le médecin d'arrondissement avait eu une formation en protocoles de SSP.</p> <p><i>Protocoles:</i> 0 pour cent des établissements avaient des manuels de diagnostic, traitement, gestion des fonds en espèces et des médicaments; mais 80 pour cent des établissements avaient des modules de gestion PEV.</p> <p><i>Information de gestion:</i> 50 pour cent environ des établissements avaient certains des fichiers nécessaires.</p>
			(continued next page)

TABLEAU 4-2  
NIGER: EVALUATION DES CHANGEMENTS DANS LA QUALITE DES SOINS DE SANTE

	Say	Boboye	Illéla
Méthodes	<p><i>Accueil:</i> dans 75 pour cent des cas, au moins une étape cruciale effectuée.  <i>Anamnèse:</i> dans 75 pour ces cas, au moins une étape cruciale effectuée.  <i>Signes vitaux:</i> dans 17 pour cent des cas, au moins une étape cruciale effectuée.  <i>Examen de diagnostic:</i> moins de 25 pour cent de conformité.  <i>Communication:</i> 18 pour cent de conformité.</p>	<p><i>Accueil:</i> dans 98 pour cent des cas, au moins une étape cruciale effectuée.  <i>Anamnèse:</i> dans 75 pour cent des cas, au moins une étape cruciale effectuée.  <i>Signes vitaux:</i> dans 33 pour cent des cas, au moins une étape cruciale effectuée.  <i>Examen de diagnostic:</i> moins de 25 pour cent de conformité.  <i>Communication:</i> 22 pour cent de conformité.</p>	<p><i>Accueil:</i> dans 70 pour cent des cas, au moins une étape cruciale exécutée.  <i>Anamnèse:</i> dans 44 pour ces cas, au moins une étape cruciale exécutée.  <i>Signes vitaux:</i> dans 14 pour cent des cas, au moins une étape cruciale exécutée.  <i>Examen de diagnostic:</i> moins de 25 pour cent de conformité.  <i>Communication:</i> 6 pour cent de conformité.</p>
Résultats	<p><i>Satisfaction des patients:</i> 90 pour cent satisfaits.  <i>Raison de l'utilisation accrue:</i> 90 pour cent des patients citaient la meilleure disponibilité des médicaments.</p>	<p><i>Satisfaction des patients:</i> 100 pour cent satisfaits.  <i>Raison de l'utilisation accrue:</i> 54 pour cent des patients citaient la meilleure disponibilité des médicaments, 35 pour cent citaient les visites gratuites.</p>	<p><i>Satisfaction des patients:</i> 86 pour cent satisfaits.  <i>Raison de l'utilisation accrue:</i> sans objet.</p>

### *Structures:*

Dans tous les trois arrondissements, les qualifications du personnel de santé étaient très bonnes. Durant les deux années précédentes, les médecins de Say et d'Illéla avaient été formés. Chez les infirmiers, 65 pour cent à Boboye, 90 pour cent à Say et 81 pour cent à Illéla avaient été formés. La formation était, semble-t-il, légèrement plus faible à Boboye car de nombreux professionnels de la santé venaient d'être nommés en 1994.

Une évaluation de la disponibilité des médicaments essentiels, des vaccins et des contraceptifs a montré que l'approvisionnement en vaccins s'était amélioré par rapport aux niveaux d'avant l'intervention, époque où il n'y en avait généralement pas (*Graphique 4-1*). La disponibilité accrue des médicaments pendant la période suivant l'intervention toutefois enregistrait certaines fluctuations. A Boboye, des vaccins étaient disponibles dans 60 pour cent des établissements durant les six derniers mois de 1993 et dans 80 pour cent durant les six premiers mois de 1994. A Say, des médicaments étaient disponibles dans environ 60 à 70 pour cent des établissements à la fin de 1993 et dans 57 pour cent durant la première moitié de 1994, sauf pour le vaccin antipoliomyélitique qui manquait dans les deux tiers des établissements. A Illéla, les stocks de vaccins étaient très satisfaisants, compte tenu de la mise en route du PEV à la fin de 1993. Aucun problème de gestion ou de logistique n'était évident à ce stade du PEV. Il n'y avait généralement pas de fournitures de planification familiale (moins de 30 pour cent des établissements) à Boboye et Illéla. A Say, les fournitures parvenaient à environ 60 pour cent des établissements grâce à un projet de population financé par la Banque mondiale.

Il y avait des fournitures médicales dans la plupart des établissements (*Graphique 4-2*). On trouvait des seringues hypodermiques, des balances, des stéthoscopes, des sphygmomanomètres et des thermomètres dans plus de 80 pour cent des établissements. Illéla était bien approvisionné grâce à un autre projet USAID d'Assurance de la qualité.

Dans les deux arrondissements d'intervention, de 86 à 100 pour cent des établissements avaient des protocoles de diagnostic et de traitement (*Graphique 4-3*). La plupart avaient des manuels pour la gestion des médicaments et des fonds en espèces (plus de 86 pour cent). Par contre, aucun des établissements d'Illéla (0 pour cent) ne disposaient de l'un de ces trois types de guides. La situation était légèrement moins bonne à Boboye et Say concernant la disponibilité des modules de gestion pour le programme PEV. Environ 50 pour cent des établissements d'intervention avaient les guides requis, contre 80 pour cent à Illéla. Divers fichiers de programmes et systèmes d'information nécessaires existaient dans environ 50 pour cent des cas. Dans 86 pour cent des établissements de Say des fichiers de planification familiale étaient disponibles en raison du programme de la Banque mondiale (*Graphique 4-4*).

En conclusion, les évaluations de la qualité au Niger et au Sénégal ont mis en évidence une similitude de problèmes. Les conditions de référence ont révélé une nette dégradation des systèmes de santé publique qui étaient confrontés à des ruptures de stock fréquentes pour les médicaments, les fournitures et le matériel. Nombre de ces carences étaient liées à la qualité de la conception: c'est-à-dire la mise en place des ressources de base nécessaires à la prestation d'un service. La plupart du temps, les progrès à réaliser n'étaient pas tellement une question d'améliorer la qualité mais ils répondaient plutôt à un souci d'établir tout simplement un service.

Au Niger, les projets pilotes réussissaient à améliorer maints aspects structurels de la qualité, mais les lacunes dans l'application des protocoles de diagnostic et de traitement étaient encore évidentes. Tant au Sénégal qu'au Niger, les points particulièrement faibles chez les professionnels de la santé semblaient être l'anamnèse, la surveillance des signes vitaux, l'exécution des examens de diagnostic et la communication avec le patient.

Au Sénégal, le secteur public connaissait de fréquentes ruptures de stocks pour les médicaments, les fournitures et le matériel. Les prestataires respectaient généralement mal les protocoles pour la fièvre et la diarrhée, tandis qu'ils se conformaient mieux aux procédures de routine. Les patients semblaient généralement satisfaits, même si la véracité des données est sujette à caution. Le personnel sanitaire qualifiait de "moyenne" ou "inférieure à la moyenne" la qualité de ses soins, par rapport aux autres établissements.

Le secteur privé sénégalais se comportait mieux que le secteur public à plusieurs égards. Les ruptures de stock de médicaments, de matériel et de fournitures étaient moins fréquentes. Le respect des procédures médicales de routine était quelque peu meilleur dans les établissements privés. Les prestataires tant publics que privés pourraient améliorer considérablement leur application des protocoles pour la fièvre et la diarrhée. Le personnel des établissements publics qualifiait ses soins de "moyens" ou "inférieurs à la moyenne", par rapport à ses homologues du secteur privé qui, généralement, estimait que leurs soins étaient "bons". Les patients se déclaraient satisfaits, quel que soit le prestataire—là encore, un résultat très suspect.

## **Sénégal: par type d'établissement public**

Les résultats de l'évaluation de la qualité dans le secteur public étaient assez semblables dans les divers types d'établissements publics (hôpitaux, centres de santé, postes de santé, cases de santé). Aucun type particulier d'établissement ne dispensait de soins d'une qualité nettement supérieure aux autres. Ce point est développée ci-dessous et résumé au *Tableau 4-4*, et il est illustré aux *Graphiques 4-8, 4-10, 4-12, 4-14, 4-15*.

### *Structures:*

Dans les régions, les ruptures de stock pour les médicaments étaient, dans l'ensemble, courantes dans tous les établissements de santé, avec une situation légèrement meilleure dans les postes de santé. Les ruptures de stock les pires se produisaient dans les centres de santé. Il en était de même pour les fournitures: les choses allaient mieux dans les postes de santé et les cases de santé que dans les centres de santé. Aucun renseignement n'était disponible concernant les hôpitaux.

**TABLEAU 4-4**  
**SENEGAL: QUALITE DU SECTEUR PUBLIC, PAR TYPE D'ETABLISSEMENT**

	HOPITAUX	CENTRES DE SANTE	POSTES DE SANTE	CASES DE SANTE
<b>Structures</b>	<i>Médicaments:</i> données non disponibles <i>Fournitures:</i> données non disponibles	<i>Médicaments:</i> performance médiocre, 50 pour cent connaissaient des ruptures de stock pour la chloroquine et les SRO <i>Fournitures:</i> performance médiocre, 55 pour cent rapportant disponibilité	<i>Médicaments:</i> performance quelque peu meilleure que les cases de santé et les centres de santé <i>Fournitures:</i> situation quelque peu meilleure que les centres de santé (80 pour cent de disponibilité)	<i>Médicaments:</i> 30 à 50 pour cent des établissements faisaient état de ruptures de stock <i>Fournitures:</i> situation quelque peu meilleure que les centre de santé ou les postes de santé (disponibilité d'environ 70 pour cent)
<b>Méthodes</b>	<i>Fièvre et diarrhée:</i> conformité médiocre (<40 pour cent) <i>Proc. médicales de routine:</i> 80 pour cent de conformité	<i>Fièvre et diarrhée:</i> conformité médiocre (<40 pour cent) <i>Proc. médicales de routine:</i> 50 pour cent de conformité	<i>Fièvre et diarrhée:</i> conformité médiocre (<40 pour cent) <i>Proc. médicales de routine:</i> 50 pour cent de conformité	<i>Fièvre et diarrhée:</i> conformité médiocre (<40 pour cent) <i>Proc. médicales de routine:</i> 50 pour cent de conformité
<b>Résultats</b>	<i>Satisfaction des patients:</i> 65 pour cent de patients satisfaits, 80 pour cent de patients disposés à revenir <i>Satisfaction du personnel:</i> 66 pour cent du personnel qualifiait les soins de "moyens"	<i>Satisfaction des patients:</i> 80 pour cent des patients satisfaits, disposés à revenir <i>Satisfaction du personnel:</i> 73 pour cent du personnel qualifiait les soins de "moyens"	<i>Satisfaction des patients:</i> 80 pour cent des patients satisfaits et disposés à revenir <i>Satisfaction du personnel:</i> 63 pour cent du personnel qualifiait les soins de "moyens"	<i>Satisfaction des patients:</i> 80 pour cent des patients satisfaits et disposés à revenir <i>Satisfaction du personnel:</i> 52 pour cent du personnel qualifiaient les soins de "moyens"

### **Méthodes:**

Tous les établissements connaissaient des résultats médiocres pour le diagnostic et le traitement **de la fièvre et de la diarrhée**. Pour les **procédures médicales de routine**, tous les établissements enregistraient de meilleurs résultats, avec un taux de conformité de 50 pour cent ou plus.

### **Résultats:**

En termes de **satisfaction des patients**, les hôpitaux obtenaient les plus mauvais résultats, avec 65 pour cent des patients qui se disaient satisfaits, contre 80 pour cent pour chacun des autres établissements. Cependant, pour tous les établissements, 80 pour cent des patients indiquaient qu'il retourneraient dans le même établissement. La **satisfaction des prestataires** était plus élevée pour les centres de santé (73 pour cent du personnel qualifiait les soins de "moyens"), suivi par les hôpitaux (66 pour cent) et les postes de santé (63 pour cent). Les cases de santé semblaient susciter le niveau de satisfaction le plus faible (52 pour cent).

### **Sénégal: par type de prestataire privé**

Dans le secteur privé, il y avait d'importantes différences de qualité entre les diverses catégories de prestataires privés. En général, les prestataires à but lucratif et privés offraient les meilleurs soins. Ils n'avaient pas de ruptures de stock, le respect des directives était bon, le personnel et les patients étaient satisfaits. Les formations sanitaires d'entreprise et les "autres" prestataires privés étaient confrontés de temps en temps à des ruptures de stock, ils respectaient mal les protocoles. Le personnel des "autres prestataires" n'était habituellement pas satisfait des soins qu'il offrait. Ces renseignements sont résumés au **Tableau 4-5** et aux **Graphiques 4-9, 4-11, 4-13, 4-16, 4-17**.

### **Structures:**

Dans les régions, la disponibilité des **médicaments** était généralement bonne dans le secteur privé—les ruptures de stock étaient rares dans les établissements à but lucratif et dans les formations catholiques. La situation était moins bonne dans les formations sanitaires d'entreprise, avec de 55 à 95 pour cent d'entre elles qui disposaient de médicaments. Environ 40 à 70 pour cent des établissements pour les "autres" prestataires avaient des ruptures de stock pour certains médicaments. Pour les **fournitures**, le schéma était le même, avec les formations sanitaires à but lucratif, catholiques et d'entreprises qui avaient rarement des ruptures de stock. Certains types de matériel manquaient dans la catégorie des "autres" prestataires (environ 70 pour cent).

### **Méthodes:**

Pour **la fièvre et la diarrhée**, les établissements à but non lucratif respectaient dans 80 pour cent des cas les traitements attendus; les établissements catholiques, d'entreprise et les "autres" établissements privés n'avaient pas d'aussi bons résultats (tâches normalisées omises 50 pour cent du temps). De même, pour les **soins de routine**, les établissements à but lucratif avaient le taux de conformité le plus élevé (minimum de 80

pour cent des cas), suivis par les formations catholiques (minimum 70 pour cent), les formations sanitaires d'entreprise et les "autres" prestataires (minimum 50 à 55 pour cent) qui comprenaient les établissements Croix-Rouge, musulmans et des Armées. La pratique consistant à se laver les mains était partout mal respectée (moins de 30 pour cent).

### ***Résultats:***

Dans l'ensemble, la **satisfaction des patients** était élevée et la plupart reviendraient pour des soins ultérieurs. Les **perceptions du personnel** les plus élevées étaient signalées dans les établissements à but lucratif (93 pour cent "bonnes"), venait ensuite le personnel des formations catholiques (79 pour cent "bonnes") et celui des formations d'entreprise (74 pour cent "bonnes"). Les personnel des "autres" formations sanitaires n'était pas satisfait des soins qu'il dispensait. Seulement 26 pour cent du personnel estimait que ses soins étaient "bons".

En général, les données montraient que plusieurs éléments essentiels pour la prestation de services de base n'étaient pas encore en place ou qu'ils étaient en train d'être mis en place. Il serait donc quelque peu prématuré de mettre l'accent sur la conformité avec les processus attendus, si les ressources requises pour l'exécution de ces processus ne sont pas disponibles. Toutefois, la disponibilité de ces ressources est nécessaire mais non suffisante pour qu'il puisse y avoir des soins d'une qualité acceptable.

**TABLEAU 4-5**  
**SENEGAL: QUALITE DU SECTEUR PUBLIC, PAR TYPE DE PRESTATAIRES**

	<b>A BUT LUCRATIF</b>	<b>CATHOLIQUES</b>	<b>FORMATION SANITAIRES D'ENTREPRISE</b>	<b>"AUTRES" PRESTATAIRES</b>
<b>Structures</b>	<i>Médicaments:</i> pas de ruptures de stock (100 pour cent disponibles). <i>Fournitures:</i> pas de ruptures de stock (100 pour cent disponibles).	<i>Médicaments:</i> pas de ruptures de stock (100 pour cent disponibles). <i>Fournitures:</i> pas de ruptures de stock (100 pour cent disponibles).	<i>Médicaments:</i> quelques ruptures de stock (disponibilité estimée de l'ordre de 55 à 95 pour cent). <i>Fournitures:</i> ruptures de stock minimales (disponibilité estimée à 90 pour cent).	<i>Médicaments:</i> quelques ruptures de stock à Dakar (disponibilité estimée à 40 à 70 pour cent); disponibilité de 100 pour cent dans les régions . <i>Fournitures:</i> quelques ruptures de stock (disponibilité de 70 pour cent environ).
<b>Méthodes</b>	<i>Conformité avec protocoles fièvre et diarrhée:</i> conformité la plus élevée de tous les prestataires (conformité à 80 pour cent). <i>Soins de routine:</i> conformité la plus élevée (plus de 80 pour cent de conformité), se laver les mains—médiocre (<30 pour cent).	<i>Conformité avec protocoles fièvre et diarrhée:</i> conformité médiocre, tâches normalisées omises avec 45 pour cent de patients, et communication escamotée avec 30 pour cent des patients. <i>Soins de routine:</i> bonne conformité (plus de 70 pour cent de conformité), se laver les mains —médiocre (<30 pour cent).	<i>Conformité avec protocoles fièvre et diarrhée:</i> médiocre, tâches normalisées omises avec 45 pour cent des patients, communication escamotée avec 40 pour cent des patients. <i>Soins de routine:</i> faible niveau de conformité (plus de 65 pour cent de conformité), se laver les mains —médiocre (<15 pour cent).	<i>Conformité avec protocoles fièvre et diarrhée:</i> médiocre, tâches standards omises à 50 pour cent; communication avec 50 pour cent des patients. <i>Soins de routine:</i> faible conformité (plus de 50 pour cent de conformité), se laver les mains—médiocre (<15 pour cent).
<b>Résultats</b>	<i>Satisfaction des patients:</i> généralement satisfaits, la plupart disposés à revenir; niveaux de satisfaction les plus faibles: disponibilité médicaments et prix. <i>Perceptions du personnel:</i> taux de satisfaction le plus élevé, 93 pour cent qualifiaient les soins de "bons".	<i>Satisfaction des patients:</i> généralement satisfaits, pour la plupart disposés à revenir. <i>Satisfaction du personnel:</i> 79 pour cent qualifiaient les soins de "bons".	<i>Satisfaction des patients:</i> généralement satisfaits, la plupart disposés à revenir; taux de satisfaction le plus faible: disponibilité des médicaments et prix. <i>Perceptions du personnel:</i> 74 pour cent du personnel qualifiait les soins de "bons".	<i>Satisfaction des patients:</i> généralement satisfaits, la plupart disposés à revenir; taux de satisfaction le plus faible: disponibilité des médicaments, attente. <i>Perceptions du personnel:</i> 26 pour cent du personnel, qualifiait les soins de "bons".

## 5.0 QUALITE ET COUTS

### 5.1 CONCEPTS

Les liens entre qualité et coûts peuvent être fort complexes (Wouters, 1994). La documentation disponible en matière de Gestion de la qualité absolue suggère certaines idées utiles. Deux questions sont particulièrement utiles quand on évalue les implications de coût d'améliorations de la qualité:

- (1) Quelles sont les attentes des consommateurs/prestataires au sujet de la norme de soins à offrir? et
- (2) Compte tenu des normes de soin acceptées, quelles améliorations de la qualité faut-il pour pouvoir appliquer la norme correctement dès la première fois?

Pour la première question, l'aspect coût a trait à l'identification des besoins en ressources qu'implique la norme de soins cliniques ou de service d'appui. On peut considérer ces coûts comme étant "le prix à payer pour faire des affaires" ou comme "les besoins en ressources allant de pair avec un processus de normalisation." En ce sens, ces coûts ne sont pas vraiment liés à des questions de qualité, étant donné qu'ils répondent au souci fondamental d'établir l'existence d'un service ou d'un produit. Sous un autre angle toutefois, la qualité devient un élément indissociable lorsqu'un ensemble de normes ou de spécifications pour la conception d'un processus sont prises en considération. Dans les documents sur la Gestion de la qualité absolue, la démarche consistant à faire un choix entre un ensemble de normes possibles est désignée par l'expression de "Qualité de la conception" (Campanella, 1990; Morse et al., 1987). Le rapport entre la Qualité de la conception et les coûts est généralement positif. Il en coûte toujours quelque chose d'établir un service, à commencer par des besoins d'apports essentiels. Lorsque l'on examine des questions en rapport avec la Qualité de la conception, l'analyse des coûts peut comprendre une analyse du coût-efficacité pour choisir la norme la plus efficace, tout en étant efficiente, pour fixer le coût d'un service et/ou d'une ressource de base, afin de déterminer les coûts des ressources qu'exigera la mise en application de la norme.

La Qualité de l'exécution ou la Conformité se concentre sur l'application correcte de la conception spécifiée (Campanella, 1990; Morse et al., 1987). Elle suppose qu'il existe déjà une conception ou une norme. Lorsque les ressources sont insuffisantes, il est possible qu'il n'y ait pas d'infrastructure de base et/ou de normes qui soient en place; dans de tels cas, les processus d'analyse des services de traitement ou d'appui peuvent être prématurés. Deming se concentre sur la qualité de la conformité comme moyen pour réduire les coûts (Walton, 1986). Une meilleure qualité de la conformité signifie qu'il y aura moins de services ou de produits défectueux. Moins de services ou de produits défectueux signifie moins de gaspillage de fournitures, de main-d'oeuvre, et/ou de temps d'utilisation du matériel.

Dans les études relatives à la qualité, aux coûts et à l'efficacité, il est utile de savoir si les améliorations de la qualité sont considérées comme pertinentes pour la Qualité de la conception et/ou la Qualité de l'exécution. Les travaux concernant le Sénégal et le Niger seront examinés dans cette optique.

## 5.2 ENSEIGNEMENTS

Les améliorations de la qualité entreprises au Niger et les domaines de progrès possibles qui ont été identifiés grâce à l'évaluation de la qualité au Sénégal ont mis l'accent, du moins initialement, sur les aspects de la Qualité de la conception, bien que la Qualité de l'exécution soit appelée à jouer un rôle de plus en plus important. Comme on l'a noté dans le cadre conceptuel, les implications de coût pour la réalisation de progrès au plan de la conception ou de l'exécution peuvent être très différentes. Souvent, les améliorations de la Qualité de la conception impliquent qu'il faudra des ressources complémentaires lorsque les intrants base font défaut; toutefois, il peut y avoir des économies de coût si les améliorations de la conception prévoient des protocoles/des spécifications d'un meilleur rapport coût-efficacité. Dans le cas d'améliorations de la Qualité de l'exécution, des économies de coût sont plus vraisemblables. Lorsque des processus sont menés à bien convenablement dès la première fois, on évite des effets négatifs, ou du gaspillage.

Ce débat à propos de la qualité et des coûts ne saurait fournir des estimations détaillées des implications de coût de certains progrès qualitatifs. Des renseignements limités relatifs aux coûts étaient disponibles pour certaines améliorations au Niger; autrement, les coûts sont examinés en termes généraux qui ébauchent les conséquences attendues de certaines améliorations de la qualité pour ce qui est des coûts fixes et des coûts variables. Les coûts fixes restent constants quel que soit le niveau de production. Les coûts variables sont directement liés au nombre de patients traités. Le *Tableau 5-1* fournit certaines suggestions pour ce qui est des coûts fixes et variables qu'exigent des améliorations de la qualité.

### **5.2.1 Niger—Quelques coûts particuliers**

Les projets pilotes de recouvrement des coûts au Niger ont encouru des coûts importants, tant pour la planification que pour la mise en oeuvre. Des renseignements relatifs aux coûts étaient disponibles concernant les besoins supplémentaires en médicaments et en ressources administratives. L'analyse des registres d'inventaire des établissements montrait qu'il n'y avait pas eu d'interruption majeure de la disponibilité des médicaments dans les formations sanitaires pendant les six premiers mois (Diop et al., 1993). Il y avait une forte augmentation des prescriptions de médicaments. La valeur moyenne des médicaments utilisés, en se basant sur les six premiers mois, était presque le triple du montant habituellement prévu par le budget de l'arrondissement pour une période de six mois. A Boboye, pendant le projet pilote, dix établissements de santé publique ont utilisé 6.746.000 FCFA de médicaments, alors que le budget le plus élevé jamais atteint précédemment pour une période de six mois était de 2.240.000 FCFA. Say a utilisé 6.565.000 FCFA de médicaments en cinq mois de projet pilote, alors que le budget le plus élevé jamais atteint pour une période de six mois était de 2.500.000 FCFA. Il s'agit là de coûts variables.

On ne penserait pas habituellement que les coûts administratifs associés au recouvrement des coûts représentaient une amélioration de la qualité; cependant, si ce système de soutien ne fonctionne pas convenablement, la prestation de services de santé s'en ressentirait. L'amélioration des systèmes de soutien non cliniques est essentielle pour fournir un service sanitaire de qualité. Au Niger, les coûts administratifs supplémentaires, y compris les frais d'impression, de matériel, de fournitures et les coûts salariaux pour le nouveau système de gestion sont substantiels. A Boboye, qui compte dix établissements, les frais administratifs mensuels ont augmenté—ils sont de l'ordre de 760.000 à 780.000 FCFA. Dans l'arrondissement de Say, les huit établissements avaient des coûts administratifs compris entre 560.000 et 630.000 FCFA. En grande partie, ces sommes représentaient les salaires des administrateurs. Il s'agit essentiellement de frais fixes. Les coûts pour les fournitures administratives pourraient être considérablement réduits—les dépenses les plus élevées à cet égard viennent du nombre important de carnets de reçus qui sont utilisés. Ces carnets pourraient être achetés en gros. Certains des frais administratifs sont variables, s'ils sont en rapport avec les dossiers, la facturation, l'établissement de reçu ou autre formalité au niveau du patient.

### **5.2.2 Attentes générales au sujet des coûts**

Les attentes au sujet des coûts restants sont très générales, mais elles seraient valables tant pour le Niger que pour le Sénégal. Pour améliorer la Qualité de la conception, les deux pays devraient prévoir des coûts fixes importants pour couvrir les éléments suivants: enseignement au personnel (puis perfectionnement) de l'utilisation de protocoles de diagnostic et de traitement, acquisition et entretien du matériel médical durable, création et application de protocoles de diagnostic et de traitement, établissement de systèmes d'information pour la gestion (notamment gestion financière) et de systèmes d'information pour les prestataires et les patients au sujet de la qualité des services de santé. Au Niger, certains frais complémentaires fixes peuvent s'avérer nécessaires au fonctionnement du système de recouvrement des coûts. Au Sénégal, il semble qu'il y ait des possibilités soit de réduire, soit de répartir autrement les effectifs. Les coûts variables augmenteraient en raison de l'amélioration de la disponibilité des médicaments essentiels, des fournitures médicales jetables, de la tenue des dossiers (tant cliniques que financiers), et de certains aspects des programmes de communication/information sanitaires.

<b>TABLEAU 5-1</b> <b>EXEMPLES D'IMPERATIFS DE COUTS FIXES ET VARIABLES</b> <b>POUR DES AMELIORATIONS DE LA QUALITE</b>		
	<b>AMELIORATIONS DE LA QUALITE</b>	<b>COUTS FIXES (CF), COUTS VARIABLES (CV)</b>
<b>Qualité de la conception:</b> besoins en ressources pour mettre en place un processus acceptable	Initiation du personnel aux protocoles, à la gestion des médicaments et des fonds en espèces	+CF
	Médicaments essentiels	+CV
	Fournitures médicales	+CV,CF
	Protocoles de diagnostic et de traitement: création et application	+CF
	Personnel administratif supplémentaire (gestion fonds en espèces et médicaments)	+CF
	Compressions possibles du personnel médical inutile	-CF
	Information au sujet des prestataires et des consommateurs concernant la qualité des services de santé	+CF,CV
	Système d'information pour la gestion	+CF
<b>Qualité de l'exécution:</b> Faire ce qu'il faut dès la première fois	Améliorer le respect des protocoles et du système de soutien SIG	?CF, CV
	Information aux prestataires et aux patients	?CF, CV

L'amélioration de la Qualité de l'exécution aurait une incidence tant sur les coûts variables que sur les coûts fixes, mais les implications sur les coûts nets seraient moins évidentes. Certains exemples sont fournis pour chaque catégorie. Les coûts fixes peuvent inclure les dépenses qui sont nécessaires pour instituer des programmes d'assurance de la qualité, pour acheter du matériel de meilleure qualité, réorienter les structures de gestion, modifier le flux des patients. Parmi les exemples de coûts variables, on peut citer le fait qu'il faudra initialement passer davantage de temps avec le patient, mais moins de temps par la suite car les effets secondaires ou les complications s'en trouveraient réduits.

## 6.0 QUALITE, EFFICACITE ET COUT-EFFICACITE

### 6.1 CONCEPTS

Pour cette discussion, il faut faire une distinction entre deux type d'efficacité: l'efficacité technique et l'efficacité économique. La première expression s'applique lorsqu'on obtient un niveau de rendement maximum pour un ensemble donné de facteurs de production. Elle s'applique aussi lorsqu'un niveau donné de rendement donné est obtenu avec un niveau minimum de facteurs de production. L'efficacité économique ajoute la dimension coût; un niveau de rendement donné est produit à un coût minimum. Il faut noter que les approches de production techniquement efficaces ne sont pas nécessairement efficaces dans une perspective économique. Les méthodes techniquement efficaces, qui utilisent des facteurs de production coûteux, ne seront pas les options les moins coûteuses pour un niveau donné de rendement. Les résultats peuvent être mesurés à deux niveaux: les résultats intermédiaires (comme les visites ou autres services rendus) et les résultats médicaux finals.

On estime d'ordinaire que les établissements où les coûts sont les plus faibles parviennent peut-être à réduire leurs coûts en sacrifiant la qualité des soins. Les comparaisons de l'efficacité des prestataires devraient inclure des indicateurs de la qualité des services de santé (mesures de l'efficacité ajustées en fonction de la qualité).

Ce document fournit des estimations préliminaires de l'efficacité, principalement car il se concentre sur l'efficacité technique, c'est-à-dire la quantité produite par unité de facteur de production, comme le nombre de visites par agent de santé. En outre, compte tenu du nombre limité d'établissements dans les échantillons et de la difficulté à créer un indice unique de la qualité, on n'avait pas de mesure de l'efficacité ajustée en fonction de la qualité. Enfin, étant donné qu'on ne pouvait pas mesurer les résultats, l'analyse de l'efficacité s'est faite en utilisant des résultats intermédiaires. Les indicateurs de la qualité présentés dans ce document doivent être considérés comme ayant un caractère indicatif et non définitif. Nous supposons en général qu'un ratio résultats/facteurs de production plus élevé reflète un processus techniquement plus efficace.

On laisse souvent de côté le fait que des soins de qualité médiocre peuvent aboutir à une inefficacité technique ou économique; en d'autres termes, la médiocrité de la qualité peut entraver les efforts visant renforcer l'efficacité. Ce concept est facile à démontrer en examinant le coût-efficacité (l'efficacité économique en utilisant les résultats médicaux) d'une intervention au sein d'une communauté. Supposons, par exemple, qu'une campagne de vaccination contre la rougeole atteigne les taux de couverture visés, mais qu'un examen approfondi révèle que nombre des vaccins étaient inefficaces à cause du mauvais entretien de la chaîne du froid. Le lien entre qualité des soins et coût-efficacité peut être démontré en utilisant une définition plus précise du coût-efficacité de la communauté. L'obtention d'une efficacité maximum, c'est-à-dire les résultats d'une thérapie dans un contexte de terrain réel pour une population particulière, dépend dans une très large mesure de la qualité de l'intervention en question.

Selon Tugweel et al. (1984), à un certain niveau de couverture donné, quatre facteurs déterminent l'efficacité de la communauté: l'efficacité, la précision du diagnostic, la conformité chez les prestataires et la conformité chez les patients. La discussion précédente a déjà mentionné un cinquième facteur, le fonctionnement des systèmes d'appui. L'efficacité indique le taux de succès médical de l'intervention dans des conditions de laboratoire idéales. La précision du diagnostic est la mesure dans laquelle des patients ayant un problème particulier sont diagnostiqués correctement. La conformité chez les prestataires et les patients porte sur des questions en rapport la Qualité de l'exécution: les méthodes sont-elles appliquées convenablement dès la première fois? L'efficacité finale d'un programme de santé dans une communauté ne dépend pas uniquement de l'efficacité médicale d'une intervention particulière. Pour un taux de couverture donné, l'efficacité fixe la limite supérieure, mais les quatre autres facteurs peuvent atténuer l'effet. Une faiblesse dans l'une quelconque des dimensions de l'efficacité de la communauté peut diluer le coût-efficacité (l'efficacité) du programme au niveau de la communauté. La médiocrité de la qualité en termes de facteurs tels que la médiocrité de la conformité, la précision du diagnostic et autre considération compromettra les efforts entrepris pour obtenir un coût-efficacité maximum.

## 6.2 ENSEIGNEMENTS

Il faudrait idéalement examiner l'efficacité en utilisant des mesures à la fois de l'efficacité technique et de l'efficacité économique. Comme indiqué précédemment, ce document se limitait à des mesures de l'efficacité technique, mesurées avant tout en termes de productivité personnelle et de ratios des affectations budgétaires pour divers facteurs de production, afin de représenter des combinaisons de facteurs de production. L'effet de la qualité sur le coût-efficacité est examiné sous un angle qualitatif étant donné qu'aucune étude du coût-efficacité n'avait été effectuée.

Au Sénégal, la réalisation d'études sur l'efficacité, et sur la qualité des soins a permis de tirer des déductions quant aux liens entre la qualité et l'efficacité. Il est important de noter qu'on doit se contenter de déduction car les données n'avaient pas permis des tests statistiques de liens précis entre efficacité et qualité. Les comptes rendus sur le Niger n'ont pas fourni de renseignements sur l'efficacité des services de santé; une certaine discussion qualitative du coût-efficacité est toutefois possible.

### 6.2.1 Niger

Comme le montre le *Tableau 4-2*, le secteur sanitaire public au Niger présentait des lacunes importantes en ce qui concerne les aspects de la qualité sous l'angle des méthodes. Malgré l'existence de guides et de manuels pour des protocoles de diagnostic et de traitement, ainsi que pour la gestion des fonds en espèces et des médicaments, on pouvait facilement détecter plusieurs lacunes dans la prise des signes vitaux, la conduite des examens de diagnostic et la communication avec le patient. Par exemple, dans 33 pour cent des cas, au moins une étape cruciale de la prise des signes vitaux était exécutée. Dans 25 pour cent seulement des cas, des tests de diagnostic corrects avaient été réalisés. La médiocrité de la conformité avec les protocoles de traitement diluait inévitablement le coût-efficacité du programme.

## **6.2.2 Sénégal**

Au Sénégal, les mesures de la qualité du point de vue des structures, des méthodes et des résultats laissaient à penser que le système de soins sanitaire public était à la fois très inefficace et d'une qualité médiocre. Par contre, la plupart des établissements privés présentaient une efficacité plus grande et une meilleure qualité pour ce qui est des mesures des structures et des résultats, alors que, pour les méthodes, les mesures étaient comparables à celles du secteur public. Chez certains prestataires publics, les carences au plan de la qualité étaient plus sérieuses que chez d'autres. L'examen ci-après utilise la productivité des agents sanitaires et un pourcentage des coûts alloués au personnel, ainsi que des facteurs de production hors-personnel, pour refléter l'efficacité technique, en gardant à l'esprit qu'il ne s'agit pas nécessairement d'indicateurs de l'efficacité économique. Les indicateurs qualitatifs sont résumés au *Tableau 4-3*. Ces renseignements sont regroupés au *Tableau 6-1*.

**La productivité du personnel** est une mesure importante de l'efficacité de l'utilisation des ressources hospitalières. Les ratios du nombre de visites par agent de santé attestent, dans une certaine mesure, de l'efficacité technique de l'hôpital—à savoir, ses ressources sont-elles pleinement utilisées? Dans l'ensemble, la productivité du personnel sanitaire dans le secteur public était extrêmement faible, avec des variations selon les régions. Pour les médecins, les infirmiers, les techniciens médicaux et les sages-femmes, les taux de productivité les plus faibles se situaient à Dakar. Dans les centres de santé de cette ville, un médecin recevait en moyenne moins de deux patients ambulatoires par jour, et il traitait moins de deux patients hospitalisés. La productivité la plus élevée était seulement de cinq patients par jour dans la région de Tambacounde-Kolda. Les infirmiers et les techniciens médicaux des centres de santé avaient aussi des taux de productivité très faibles—ils ne s'occupaient que de deux patients par jour.

TABLEAU 6-1 SENEGAL: LIENS IMPLICITES ENTRE L'EFFICACITE (COUT PAR UNITE DE RENDEMENT) ET LA QUALITE					
INDICATEURS D'EFFICACITE ET DE QUALITE	PUBLIC	PRIVE (A L'EXTERIEUR DE DAKAR)			
		A BUT LUCRATIF	CATHOLIQUES	ENTREPRISE	AUTRES
<b>Productivité:</b> (visites/agent de santé) Médecin: Infirmier:	2-5 2-14	11-12 ?	40-41 15-17	20-21 3	? 30
<b>% coûts facteurs de production:</b> personnel: médicaments: autres:	75-82% 9-16% 10%	38% 12% 50%	39% 28% 33%	42% 28% 30%	90% 6% 4%
<b>Qualité (voir Tabl. 5,6)</b> structures:  méthodes: fièvre et diarrhée procéd. médic.  résultats: patient prestataire	ruptures de stock fréquentes (20%-40%)  médiocres (40%) acceptables (<60%)  80% satisfait 60% satisfait	ruptures de stock rares (0%)  bonnes (85%) bonnes (80%)  satisfait satisfait	ruptures de stock rares (5%)  médiocres (40%) moyennes (75%)  satisfait satisfait	ruptures de stock périodiques (30%)  médiocres (40%) moyennes (65%)  satisfait satisfait	ruptures de stock fréquentes (50%)  acceptables (50%) moyennes (65%)  satisfait moins satisfait

Dans le *secteur privé*, les médecins des postes de santé catholiques recevaient plus de 40 patients curatifs par jour, dans les formations sanitaires d'entreprise, ils en recevaient environ 20 par jour. Au minimum, la productivité d'un médecin était de 10 visites par jour dans les établissements régionaux à but lucratif. A Dakar, les formations sanitaires d'entreprise avaient la productivité la plus élevée pour les médecins. Les sages-femmes voyaient environ dix patientes par jour. Les infirmiers fournissaient jusqu'à 30 visites curatives par jour dans les formations sanitaires régionales "autres prestataires" et le chiffre pouvait tomber jusqu'à trois visites par jour dans les formations sanitaires régionales d'entreprise. A Dakar, le rendement en soins curatifs des infirmiers atteignait 20 patients par jour. La productivité des sages-femmes semblait aussi être plus faible dans les établissements publics que dans le privé.

L'efficacité est également mesurée par la disponibilité d'une **combinaison appropriée des ressources** requises pour mettre en oeuvre le service de santé de base. Dans l'ensemble, les *établissements publics* semblaient avoir une abondance de personnel (plus de 75 pour cent) et des carences patentes en ressources cruciales telles que les médicaments essentiels. On part du principe ici que l'efficacité technique exige un rapport minimum entre les facteurs de production et les médicaments. Les niveaux de productivité du personnel semblaient tellement faibles dans certains cas que même des augmentations substantielles de la demande ne suffiraient pas à employer pleinement les effectifs. Il faudrait des ressources complémentaires et/ou modifier la répartition des ressources (en particulier le personnel). Cette remarque doit toutefois être nuancée; on n'a pas de preuves absolues que le personnel des établissements publics aient des activités en dehors de ses fonctions officielles (travail au noir). Si le personnel avait plusieurs emplois, il serait moins disponible; en d'autres termes, il serait payé à plein temps mais ne serait à l'établissement public qu'à mi-temps. Sans ajustement pour refléter le nombre effectif d'heures de service, on obtiendrait une mesure trop faible de la productivité. On ne dispose pas de renseignements suffisants pour déterminer s'il faut appliquer un tel facteur d'ajustement. Ces renseignements pourraient permettre de déterminer si les niveaux de productivité sont réalisables et d'expliquer en partie la faiblesse de la productivité.

Dans le *secteur privé*, les données relatives aux coûts ont révélé des proportions plus élevées de facteurs de production hors-personnel, à l'exception des "autres prestataires". Dans les formations sanitaires à but lucratif, catholiques et d'entreprise, le personnel représentait seulement 40 pour cent des coûts environ, avec des dotations de médicaments de l'ordre de 12 à 28 pour cent, et de quelque 30 à 50 pour cent pour les autres facteurs de production. Par contre, chez les "autres prestataires" six pour cent seulement des coûts allaient aux médicaments et quatre pour cent aux autres facteurs de production.

Des comparaisons entre la productivité des agents de santé, les combinaisons de facteurs de production et les mesures de la qualité n'indiquaient pas généralement que la qualité serait compromise dans les établissements efficaces. En fait, les établissements publics inefficaces avaient de gros problèmes de qualité. Les établissements privés à but lucratif et les formations catholiques semblaient efficaces et la qualité de leurs soins était généralement bonne. Les formations sanitaires d'entreprise et les "autres prestataires" étaient plus efficaces que le secteur public mais ils avaient certains problèmes de qualité. On pourrait conclure que ce dernier segment du secteur privé est peut-être en train de sacrifier la qualité par souci d'efficacité.

La qualité médiocre des soins, telle que perçue par les patients, pourrait avoir entraîné une baisse de productivité. Le secteur public présentait des carences dans les mesures de la qualité relatives aux structures, aux méthodes et aux résultats. Une faible fréquentation diminue le nombre de patients que voit chaque agent santé. Par exemple, les établissements publics ayant la plus forte proportion de patients qui recevaient des médicaments appartenaient aussi au groupe où la fréquentation était la plus élevée. De même, les établissements publics qui dispensent la proportion la plus élevée d'ordonnances, plutôt que de fournir directement des médicaments, tombaient dans le groupe où la fréquentation était la plus faible. La fréquentation des établissements privés était aussi probablement liée au fait qu'ils disposaient de stocks fiables de médicaments.

Une qualité médiocre affaiblit le **coût-efficacité au sein de la communauté**. Les taux attendus d'efficacité pour les divers traitements n'étaient pas atteints dans les *secteurs public et privé* du fait que les protocoles n'étaient pas bien respectés par les patients et les prestataires, et que les diagnostics laissaient à désirer, de même que le choix des traitements. L'analyse ci-dessus a déjà noté des exemples tels que la mauvaise communication entre le personnel médical et les patients, et l'omission de tests normalisés, de questions pour établir le diagnostic et d'examen pour les personnes indiquant qu'elles avaient de la fièvre ou la diarrhée. S'il est vrai que les établissements à but lucratif présentaient des taux de conformité un peu meilleurs, en général, les établissements privés enregistraient de mauvais résultats pour ce qui est des mesures de méthodes.

En résumé, des indications émanant du secteur privé suggéraient qu'une efficacité plus élevée ne signifiait pas nécessairement une qualité moindre (comme les établissements à but lucratif et les établissements catholiques), tandis que certains prestataires efficaces enregistraient certains problèmes notables pour la qualité des soins offerts et tentaient peut-être de réduire leurs coûts en abaissant leurs normes de qualité (entreprise, "autres"). Dans le secteur public, des carences au niveau de la qualité contribuaient peut-être à l'inefficacité.

## 7.0 QUALITE ET FINANCEMENT PAR LES CONCEPTS DU RECOUVREMENT DES COUTS

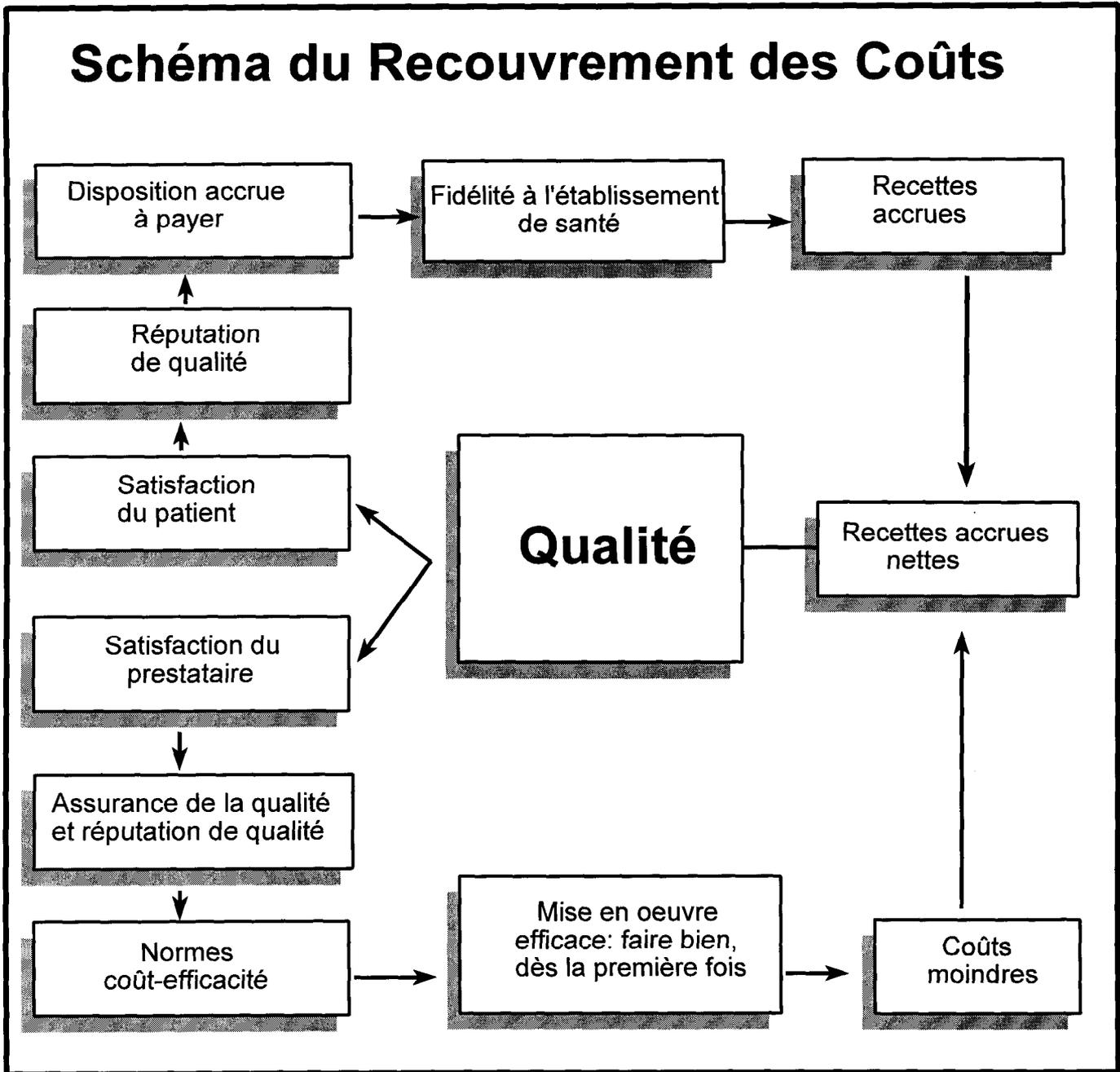
Le *Graphique 7-1* donne certaines précisions quant au rôle de la qualité des soins dans le recouvrement des coûts (Wouters, 1994). Bien que des améliorations de la qualité des soins puissent encourager les patients à fournir des revenus pour payer les services de santé qu'ils reçoivent et augmenter ainsi les recettes de l'établissement de santé, l'effet sur les recettes nettes dépendra de la mesure dans laquelle l'accroissement des recettes compensera les conséquences de coût des améliorations de la qualité qui sont mise en oeuvre. Les revenus nets sont fonction de deux flux financiers: (1) le coût pour les prestataires des améliorations de la qualité (la trajectoire du bas), et (2) les recettes générées par la disposition des patients à payer pour des améliorations de la qualité (trajectoire du haut). La partie supérieure du diagramme montre que des progrès qualitatifs entraînent une satisfaction accrue du client et une plus grande disposition à payer pour des services améliorés et pour une utilisation accrue. Ainsi, les recettes de l'établissement augmentent. La partie inférieure du diagramme schématise l'incidence sur le prestataire. Les progrès qualitatifs apportent une satisfaction technique à celui-ci. Les coûts sont maîtrisés lorsque des normes coût-efficacité sont adoptées; l'efficacité est réalisée lorsque ces normes sont appliquées correctement dès la première fois. Il y a moins d'erreurs qui exigent des reprises, moins d'effets secondaires sur la santé, moins d'ordonnances erronées ou d'autres complications. Quand à la fois les recettes augmentent et que les coûts sont maîtrisés, les recettes nettes peuvent augmenter et être réinvesties pour financer de nouvelles améliorations de la qualité.

La pérennité financière exige que les sources de fonds soient suffisantes pour couvrir les coûts des services en longue période. Dans la plupart des pays en développement, les budgets publics sont soumis à de sérieuses contraintes—ils ont du mal à se maintenir en termes réels, ou bien ils sont en baisse. Dans ces conditions, les mécanismes de financement doivent trouver des fonds supplémentaires, notamment en percevant un paiement des utilisateurs, pour compléter les budgets publics fixes. A court terme, les recettes provenant de tels paiements devaient au moins couvrir les coûts variables (Wouters, 1994). Si le prix du service par unité est inférieur aux coûts variables, il en résulte que la dette se creuse avec la vente de chaque unité supplémentaire de traitement, et les subventions devront augmenter au fur et à mesure que l'utilisation progresse. Si les recettes générées par les paiements des utilisateurs sont suffisantes pour couvrir tous les frais variables, les budgets publics fixes peuvent se concentrer sur le paiement des dépenses fixes d'améliorations de la qualité, surtout celles qui renforcent l'efficacité des coûts du secteur sanitaire. Quand le recouvrement des coûts n'est pas possible (par exemple, biens publics, régions pauvres), il faudra que les subventions de l'Etat couvrent à la fois les coûts variables et les coûts fixes.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> L'étude du rôle de l'Etat dans le financement des services de santé dépasse le cadre du présent document. L'accent est mis ici sur les cas où le recouvrement des coûts est généralement possible.

# Schéma du Recouvrement des Coûts



Graphique 7-1 Schéma du recouvrement des coûts

Si les recettes tirées des paiements des utilisateurs sont supérieures aux coûts variables, les excédents peuvent être utilisés pour renforcer les services ou atténuer la nécessité de subventions publiques. Dans le long terme, les recettes provenant des paiements des utilisateurs, plus des subventions régulières, devraient couvrir la totalité de coûts. Au minimum, l'établissement devrait couvrir ses frais. Dans la terminologie de la comptabilité de gestion, on parle de principe de la marge de contribution. La marge de contribution est le montant des recettes au-delà duquel le montant de coûts variables qui est disponible couvre les frais fixes et dégage peut-être même des bénéfices. Lorsque les budgets publics sont fixes, la marge de contribution ne devrait jamais être négative. Une marge de contribution de zéro est un minimum absolu pour pouvoir faire face aux besoins en facteurs de production fixes et variables du service.

Les sources de fonds utilisées pour financer des améliorations de la qualité varient selon le degré de participation qu'elles consentent aux ménages dans les décisions concernant les améliorations de la qualité à encourager. Dans un contexte de financement social où des taxes sont collectées, les pouvoirs publics décident quelle part du produit de l'impôt ira au financement d'améliorations de la qualité. Dans un contexte de paiement par épisode ou de paiement à l'acte, les patients choisissent les améliorations de la qualité qu'ils préfèrent en fréquentant les établissements qui correspondent à leurs besoins - ils "votent avec leurs pieds". Les études de la demande de soins de santé indiquent généralement que la qualité des soins est un facteur important dans le choix du prestataire, et que les patients sont disposés à payer pour des améliorations de la qualité (Wouters, 1994). Il est essentiel pour ce processus de sélection des améliorations de la qualité que les gouvernements, les prestataires et les consommateurs sachent ce qu'est la qualité des soins et comment elle diffère d'un prestataire à l'autre.

## 7.1 ENSEIGNEMENTS

Dans une section précédente, les coûts des améliorations de la qualité ont été examinés en fonction de leurs implications pour les coûts fixes et variables. Cette section étudie cette information relative aux coûts dans l'optique de la manière dont ces coûts peuvent être financés. Deux grandes questions se posent: (a) Quelles sont les sources et les montants de fonds disponibles pour financer de façon durable des améliorations de la qualité? (b) Qui devrait décider des améliorations de la qualité à financer? Les *Tableaux 7-1 et 7-2* résument les principaux points.

Pour chacune des études-pays, des renseignements sont présentés concernant l'utilisation actuelle de sources de fonds pour le financement d'améliorations de la qualité. Deuxièmement, des preuves de la disposition à payer la qualité sont fournies.

### **7.1.1 Niger**

#### **Sources de financement**

Le projet pilote de recouvrement des coûts a testé deux méthodes de paiement. Boboye a adopté une forme d'assurance sociale consistant en une taxe personnelle réservée, en conjonction avec un ticket modérateur modique par maladie. La majoration de la taxe de santé au niveau de l'arrondissement était de 200 FCFA par contribuable, avec un ticket modérateur de 50 FCFA par adulte et de 25 FCFA par enfant. Il convient de noter que cette formule est différente des systèmes habituels d'assurance: elle couvrait les soins non catastrophiques et revenait essentiellement à un paiement anticipé pour le traitement de maladies aiguës dans des établissements publics de soins ambulatoires. Le ticket modérateur modique constituait un garde-fou au "risque moral" (la demande de soins inutiles dans la mesure où leur valeur marginale, compte tenu de leur prix réduit, est inférieure à leur coût marginal) sans toutefois éliminer ce risque. Le paiement de la taxe couvrait les services prodigués uniquement dans les établissements publics; les visites à des établissements privés (traditionnels ou occidentaux) devaient être payées en totalité.

Say augmentait le financement privé grâce à un système de paiement par épisode, tandis que le patient payait une somme forfaitaire chaque fois qu'il était malade (200 FCFA par adulte et 100 FCFA par enfant de moins de cinq ans). Ce système est à l'opposé de celui du paiement à l'acte dans lequel chaque visite, test, fourniture médicale ou médicament est facturé. A Say, le risque était partagé entre le patient et le prestataire, étant donné que la somme forfaitaire était destinée à couvrir la totalité des services par épisode de maladie. Un tel système aurait dû encourager les patients à revenir pour des visites de suivi. Il pouvait y avoir un certain danger que les prestataires rognent sur la qualité pour maintenir les dépenses dans les limites du paiement fixé.

Illéla était choisi comme site témoin où aucun recouvrement des coûts n'était pratiqué. Tous les services étaient dispensés gratuitement dans des établissements publics, même si les patients encouraient toujours des frais de déplacement et de temps.

**TABLEAU 7-1**  
**NIGER: LIENS IMPLICITES ENTRE LES AMELIORATIONS QUALITATIVES ET LE FINANCEMENT**

	SAY	BOBOYE	ILLELA
<b>Sources de fonds:</b> recettes provenant de paiements des utilisateurs	<p>A Say, les recettes provenant de paiements des utilisateurs couvraient de 50 à 55 pour cent des coûts des médicaments, soit 35 à 40 pour cent du montant dépensé pour des médicaments et pour l'administration du recouvrement des coûts.</p> <p>Gestion: pas encore de législation pour permettre l'utilisation des recettes du recouvrement des coûts pour financer des fonds tournants.</p>	<p>A Boboye, les recettes provenant du ticket modérateur couvraient environ 34 pour cent des coûts des médicaments, soit environ 20 pour cent des coûts des médicaments et des frais d'administration.</p> <p>Avec les taxes <i>et</i> le ticket modérateur, le recouvrement du coût des médicaments était de 120 à 180 pour cent, soit de 75 à 105 pour cent du coût des médicaments, plus les frais d'administration du recouvrement des coûts.</p> <p>Gestion: pas encore de législation pour stipuler que les recettes du recouvrement des coûts ou les fonds générés par le ticket modérateur serviraient au financement de fonds tournants.</p>	Sans objet.
<b>Sources de fonds:</b> fonds ne provenant pas de paiements d'utilisateurs	<p>Le gouvernement du Niger maintenait les mêmes niveaux de subvention, notamment le paiement des salaires du personnel. La Banque mondiale avait financé les stocks initiaux de fournitures pharmaceutiques et prenait en charge une partie des dépenses récurrentes de la reconstitution de ces stocks. Les Belges fournissaient une assistance pour les protocoles de traitement et de diagnostic. L'USAID apportait un concours pour la planification, la gestion et l'évaluation des tests pilotes.</p>	<p>Les fonds du gouvernement, de la Banque mondiale, de l'USAID et de la Belgique étaient les mêmes que pour Say.</p> <p>En outre, la majeure partie des recettes (75 pour cent) encaissées venaient des taxes payées par les utilisateurs et les non utilisateurs des établissements de santé publique.</p>	Les mêmes qu'à Say, mais il n'était pas demandé d'argent pour les interventions.

(continued next page)

**TABLEAU 7-1**  
**NIGER: LIENS IMPLICITES ENTRE LES AMELIORATIONS QUALITATIVES ET LE FINANCEMENT**

	<b>SAY</b>	<b>BOBOYE</b>	<b>ILLELA</b>
<b>Disposition à payer pour la qualité:</b> preuve	A Say, l'introduction d'un système de paiement direct n'a pas eu d'impact majeur sur la probabilité de rechercher à obtenir un traitement lors de maladies. Les effets négatifs des prix sur l'utilisation étaient compensés par les effets positifs des améliorations de la qualité sur l'utilisation.	A Boboye, on enregistrerait une augmentation large et substantielle de la probabilité que les gens chercheraient à se faire soigner.	Le site témoin d'Illela enregistrerait une diminution modeste mais statistiquement insignifiante de la probabilité que les gens chercheraient à se faire soigner.
	Plus de 80 pour cent des gens estimaient que le recouvrement des coûts et l'amélioration de la qualité étaient très désirables, par rapport au système précédent de prestation des soins de la santé. Plus de 60 pour cent des gens étaient disposés à payer davantage que les prix en vigueur. Environ 25 pour cent ne voulaient pas d'augmentation des prix.		

**TABLEAU 7-2**  
**NIGER: LIENS IMPLICITES ENTRE LES AMELIORATIONS QUALITATIVES ET LE FINANCEMENT**

	<b>SECTEUR PUBLIC</b>	<b>SECTEUR PRIVE</b>
<b>Sources de fonds:</b> recettes provenant de paiements des utilisateurs	<p>Dans les hôpitaux, 40 pour cent des recettes provenant de paiements des utilisateurs étaient allouées au personnel, 36 pour cent aux médicaments et 24 pour cent à d'autres dépenses. Dans les centres de santé, 29 pour cent des recettes étaient utilisées pour le personnel, 49 pour cent pour les produits pharmaceutiques et 23 pour cent pour les autres charges récurrentes. Dans les postes de santé, 21 pour cent des recettes générées par des paiements des utilisateurs allaient au personnel, 53 pour cent aux médicaments et 26 pour cent autres dépenses.</p> <p>Selon ce schéma, les paiements des utilisateurs couvraient les pourcentages suivants des coûts des produits pharmaceutiques: 20 pour cent dans les hôpitaux, 55 pour cent dans les centres de santé et 94 pour cent dans les postes de santé.</p> <p>Si la totalité des recettes provenant des utilisateurs était affectée aux produits pharmaceutiques, les hôpitaux pourraient couvrir 61 pour cent de leurs frais actuels de médicaments, les centres de santé - 114 pour cent, les postes de santé - 179 pour cent, les cases de santé - 261 pour cent.</p>	Le recouvrement des coûts est la source principale de revenus pour ces établissements. Au minimum, les prix sont établis de manière à couvrir les frais.
<b>Sources de fonds:</b> fonds ne provenant pas de paiements des utilisateurs	Les hôpitaux, les centres de santé et les postes de santé étaient très tributaires des fonds publics pour le financement de la plupart de leurs dépenses: 84 pour cent des sources de fonds récurrents des hôpitaux, des centres de santé - 87 pour cent, des postes de santé - 60 pour cent, des cases de santé - 0 pour cent. Certains de ces fonds pourraient être alloués autrement pour le financement des coûts fixes en liaison avec des améliorations de la qualité.	Le recouvrement des coûts est une source principale de revenus pour ces établissements. Des sources extérieures sont peut-être disponibles pour certains investissements (par exemple, des dons catholiques).
(continued next page)		
<b>Disposition à payer pour la qualité:</b> preuve	Les établissements publics où les patients recevaient le plus fort pourcentage de médicaments appartenait aussi au groupe où la fréquentation était la plus élevée. De même, les établissements publics qui dispensaient le plus fort pourcentage d'ordonnances, plutôt que de fournir directement des médicaments, appartenait aux groupes où l'utilisation était la plus faible.	Pas de renseignements particuliers, sauf de noter que les établissements privés ont généralement connus des taux d'utilisation plus élevés, peut-être en raison de la qualité.

Le Gouvernement du Niger continuait à fournir les mêmes niveaux de subvention aux établissements d'intervention, notamment le paiement des salaires du personnel. La Banque mondiale avait financé les stocks initiaux de fournitures pharmaceutiques et elle subventionnait une partie des charges récurrentes pour la reconstitution de ces stocks. A un certain moment, les prix des médicaments devront être relevés pour couvrir les coûts. Les Belges ont fourni une assistance (technique et financière) pour élaborer et mettre en place des protocoles de diagnostic et de traitement. La plupart des tests pilotes de planification étaient financés dans le cadre de la Subvention de soutien au secteur de la santé au Niger (NHSS) de l'USAID/Niamey.

Boboye généraient des recettes globales plus élevées que Say, principalement car cet arrondissement exigeait l'acquiescement d'une taxe de toute la population, et pas seulement des utilisateurs. En plus des recettes provenant des taxes préalables, les paiements des utilisateurs procuraient environ 34 FCFA pour chaque nouveau patient. Les recettes provenant du ticket modérateur, à elles seules, couvraient environ 34 pour cent du coût des médicaments et environ 20 pour cent du coût des médicaments et d'administration. Avec les taxes et le ticket modérateur, les coûts des médicaments étaient couverts à hauteur de 120 à 180 pour cent, soit 75 à 105 pour cent du coût des médicaments, plus les frais d'administration du recouvrement des coûts.

A Say, les recettes moyennes par maladie variaient entre 150 et 160 FCFA. Elles couvraient de 50 à 55 pour cent environ des frais de médicaments, soit 35 à 40 pour cent du montant dépensé pour les médicaments et l'administration du recouvrement des coûts.

L'assurance sociale était plus efficace pour l'obtention de revenus, la plus grosse partie (75 pour cent) venait de taxes forfaitaires préalables exigées des utilisateurs et des non utilisateurs des établissements sanitaires publics. Par contre, les recettes générées par le système de paiement par épisode dépendaient directement de l'utilisation et elles ne généraient d'excédents que si les prix fixés étaient supérieurs aux coûts unitaires.

Les données relatives au financement indiquaient que les deux systèmes de santé publique n'avaient pas encore obtenu un recouvrement des coûts à 100 pour cent pour les frais variables avec les paiements des utilisateurs et le ticket modérateur. En conséquence, pour chaque nouveau patient qui utilisait les services, les systèmes encourageaient une dette qui devait être couverte par des budgets publics. A Boboye, au Niger, lorsque les taxes étaient incluses dans le calcul du recouvrement des coûts, les médicaments étaient couverts à plus de 100 pour cent; toutefois, il était important de reconnaître que le montant des taxes collectées n'était pas directement lié au montant de médicaments utilisés. Qui plus est, il n'y avait pas de garantie que les recettes des taxes seraient utilisées pour payer des coûts variables. Dans l'ensemble, il faut redoubler d'efforts pour assurer un financement approprié, en particulier pour les facteurs de production variables qui sont souvent insuffisants.

Une préoccupation majeure restait la gestion des recettes. Bien qu'un cadre juridique ait été établi pour les deux arrondissements, il n'en existait pas encore à l'échelle nationale. Il n'y avait pas non plus de procédures officielles pour l'utilisation du produit de la taxe de santé. Sans mandat juridique pour l'utilisation de ces taxes à l'appui du système de santé, il n'y aurait aucune garantie que les améliorations qualitatives puissent perdurer.

## Disposition à payer pour la qualité

Les résultats d'une étude économétrique de la demande de soins de santé suggéraient fortement que les patients étaient disposés à payer pour des progrès au plan de la qualité (Ellis, Chawla, 1994). Par exemple, à Say, l'introduction d'un mode de paiement direct n'avait pas eu d'impact important sur la probabilité que les malades chercheraient à se faire soigner. A Boboye, où un mode de paiement indirect avait été introduit, on constatait une progression vaste et substantielle de la probabilité qu'on rechercherait un traitement. Le site témoin d'Illéla enregistrait une diminution modeste mais statistiquement insignifiante de la probabilité qu'on rechercherait un traitement. L'augmentation plus importante du taux d'utilisation à Boboye attestait en partie du "risque moral" résultant d'un ticket modérateur moindre. Chez les ménages ayant les revenus les plus faibles, la probabilité de chercher à obtenir un traitement formel, pour n'importe quel traitement, était inférieure d'environ 4 pour cent à celle des tranches de revenus les plus élevée, une différence qui était mineure par comparaison à d'autres régions (Ellis, McInnes, Stephenson, 1994; Ellis et Mwabu, 1991). Ces résultats suggéraient que les effets négatifs des prix sur l'utilisation étaient compensés par les effets positifs, au plan de l'utilisation, des améliorations de la qualité.

La conclusion que les patients étaient disposés à payer pour des améliorations de la qualité était renforcée encore par la découverte que le recours aux services de santé publique augmentait en dépit des augmentations des coûts ajustés par épisode pour le patient, tel qu'estimé par Wouters et Kouzis (1994). Par rapport au site témoin, les coûts ajustés, en espèces et montant global, augmentaient à la suite du recouvrement des coûts. Par exemple, à Say, il y avait des augmentations statistiquement significatives pour les coûts ajustés par épisode, pour la population en général et pour les enfants en particulier.

La disposition à payer pour des améliorations de la qualité peut découler non seulement d'avantages au plan de la santé mais aussi d'avantages économiques. Certains analystes suggèrent que l'augmentation des dépenses privées associées au recouvrement des coûts peut être partiellement compensée si les améliorations de la qualité en résultant permettent aux patients d'obtenir des soins d'une manière économiquement plus efficace (Creese, 1991). Par exemple, il se pourrait que le recouvrement des coûts, de pair avec un meilleur approvisionnement en médicaments, réduise le coût total d'un épisode de traitement pour le patient, en éliminant un déplacement supplémentaire pour se rendre dans des pharmacies qui vendent les médicaments plus chers. Les particuliers peuvent éviter d'autres sources de soins plus onéreuses lorsqu'ils s'adressent à des prestataires qui fournissent aussi des médicaments. Cette remarque semble partiellement vraie à Say où les patients ont connu des augmentations insignifiantes ou relativement faibles des coûts ajustés par épisode.

Une autre étude portant sur les préférences des patients au sujet des tests de recouvrement des coûts a montré que la grande majorité des gens (environ 80 pour cent) estimaient que le recouvrement des coûts était très désirable, de même que l'amélioration de la qualité par rapport au système précédent de prestation de soins (Yazbeck et al. 1994). Durant la période post-intervention, en fonction de leurs expériences effectives, une majorité de patients faisaient état d'une forte disposition à payer pour une meilleure disponibilité des médicaments; en fait, un fort pourcentage (plus de 60 pour cent) était disposé à payer plus que les prix en vigueur. Environ 25 pour cent ne voulaient pas d'augmentation des prix.

## **7.1.2 Sénégal**

### **Sources de fonds**

Au moment de l'étude, les *établissements publics*, notamment les hôpitaux, les centres de santé et les postes de santé, faisaient largement appel à des fonds publics pour financer la plupart de leurs dépenses récurrentes. En moyenne, les pouvoirs publics fournissaient 84 pour cent des fonds des hôpitaux pour les charges récurrentes, 87 pour cent pour les centres de santé, 60 pour cent pour les postes de santé et 0 pour cent pour les cases de santé. Les paiements des utilisateurs représentaient 8 pour cent des sources récurrentes de financement dans les hôpitaux, 10 pour cent pour les centres de santé, 28 pour cent pour les postes de santé et 87 pour cent pour les cases de santé.

Depuis plus dix ans, le système de santé publique du Sénégal a recours à un système de paiements des utilisateurs pour étoffer les budgets publics avec des financements privés. Au moment de l'enquête, le pays était sur le point d'adopter l'Initiative de Bamako pour payer les produits pharmaceutiques. La plupart des services étaient payants dans tous les établissements d'Etat. Les paiements demandés dans les formations sanitaires de l'Etat sénégalais étaient peu élevés, par rapport à d'autres pays de la région.

Les recettes provenant de la facturation des services couvraient diverses dépenses dans chaque type d'installation. Dans les hôpitaux, 40 pour cent de ces recettes étaient allouées au personnel, 36 pour cent aux médicaments et 24 pour cent à d'autres dépenses. Dans les centres de santé, 29 pour cent des recettes étaient utilisées pour le personnel, 49 pour cent pour les produits pharmaceutiques et 23 pour cent pour d'autres dépenses récurrentes. Dans les postes de santé, 21 pour cent des recettes de la facturation étaient consacrées au personnel, 53 pour cent aux médicaments et 26 pour cent à d'autres dépenses.

Avec les schémas actuels d'affectation des recettes provenant des paiements des utilisateurs, ces paiements couvraient 22 pour cent des produits pharmaceutiques et 8 pour cent des autres charges récurrentes hors-personnel, alors que dans les centres de santé les paiements des utilisateurs couvraient 55 pour cent des médicaments et 26 pour cent de toutes les dépenses récurrentes hors-personnel. Dans les postes de santé, les paiements couvraient 94 pour cent du coût des médicaments et 80 pour cent des autres charges récurrentes hors-personnel. Si toutes les recettes résultant de la facturation étaient consacrées aux produits pharmaceutiques, les hôpitaux seraient en mesure de couvrir 61 pour cent de leurs frais actuels de médicaments. Pour les centres de santé, la proportion serait de 114 pour cent, de 179 pour cent pour les postes de santé et de 261 pour cent pour les cases de santé.

Dans le *secteur privé*, les prix variaient considérablement en fonction du type de prestataire. Les formations sanitaires à but non lucratif pratiquaient les prix les plus élevés de tous les prestataires. Les prix dans les établissements d'entreprise venaient en deuxième position - ils étaient inférieur de moitié environ à ceux des prestataires à but lucratif. Les postes de santé catholiques et les "autres prestataires" pratiquaient les prix plus modiques. Des disparités existaient au niveau des prix entre Dakar (prix les plus élevés) et les régions, mais elles étaient moins sensibles que celles entre types d'établissements. Les prix du secteur privé étaient généralement plus élevés que dans le secteur public. Comme on pouvait s'y attendre, la plupart des prestataires privés n'ont pas donné de renseignements sur leurs revenus, à l'exception des établissements catholiques. Le recouvrement des coûts représentait 96 pour cent des recettes des établissements catholiques.

## **Disposition à payer pour la qualité**

Il n'y a pas eu d'étude sur la demande de soins de santé au Sénégal. Toutefois, des observations générales des schémas d'utilisation et de la disponibilité correspondante des médicaments révèlent certains points intéressants. En particulier, les établissements publics qui avaient la proportion la plus élevée de patients recevant des médicaments se situaient aussi dans le groupe où l'utilisation était la plus forte. De même, les formations publiques qui délivraient le plus fort pourcentage d'ordonnances, plutôt que les médicaments proprement dits, tombaient dans les catégories où l'utilisation était la plus faible.

## 8.0 RESUME ET CONCLUSIONS

Le présent compte rendu a passé en revue des preuves empiriques provenant du Niger et du Sénégal dans la perspective de quatre grandes questions relatives au rôle de la qualité dans le recouvrement des coûts:

- (1) Comment peut-on définir la qualité, la mesurer et l'évaluer?
- (2) Que coûtent les améliorations de la qualité?
- (3) Comment la qualité est-elle liée à l'efficacité et au coût-efficacité? et
- (4) Comment des améliorations de la qualité peuvent-elle être financées par le recouvrement des coûts? Le contenu de cette analyse puise largement dans les rapports existants qui sont issus des deux études-pays.

### 8.1 ENSEIGNEMENTS AU SUJET DE LA QUALITE DES SOINS DE SANTE

#### **Des lacunes dans les références au sujet des aspects de la qualité sous l'angle des structures et des méthodes**

Les évaluations de la qualité au Niger et au Sénégal ont mis en évidence des problèmes semblables. La situation de référence a révélé une forte dégradation des systèmes de santé publique qui sont confrontés à des ruptures de stock fréquentes pour les médicaments, les fournitures et le matériel. Nombre de ces carences étaient en rapport avec la Qualité de la conception; c'est-à-dire la mise en place de ressources de base exigées par l'établissement d'un service. Les améliorations requises n'étaient pas tant une question de qualité mais elles répondaient plutôt à un désir d'établir les fondements d'un service. Le respect par les prestataires des protocoles pour la fièvre et la diarrhée était généralement médiocre, mais les procédures de routine étaient mieux suivies.

#### **Des améliorations des aspects ayant trait aux structures, faiblesses persistantes au niveau des méthodes de soins**

Au Niger, les projets pilotes semblaient avoir réussi à améliorer certains aspects de la qualité dans le secteur public. Les progrès enregistrés à Boboye et Say avaient été accomplis par le truchement des projets pilotes de recouvrement des coûts; à Illéla, une autre intervention de l'USAID en Assurance de la qualité avait récemment institué certaines améliorations. La plupart du personnel avait reçu une formation au cours des deux dernières années. Il y avait des vaccins dans pratiquement tous les établissements des trois arrondissements. On ne trouvait généralement des produits de planification familiale qu'à Say en liaison avec un projet de la Banque mondiale. Des fournitures médicales étaient présentes dans la plupart des établissements.

Une fois que l'infrastructure de base était en place, même avec la présence de principes directeurs pour le diagnostic et la gestion, des lacunes majeures subsistaient dans la mise en oeuvre de ces protocoles, en particulier pour la surveillance des signes vitaux, les examens de diagnostic et la communication prestataire-patient.

## **Des patients conscients et satisfaits des améliorations de la qualité, peut-être**

Les patients semblaient avoir conscience des améliorations de la qualité des médicaments et ils pensaient généralement que cette amélioration avait entraîné une plus grande utilisation. Les patients semblaient satisfaits des services, mais il convient d'envisager ces résultats avec circonspection étant donné que ce type d'interview révèle rarement des attitudes négatives.

## **Le secteur privé est généralement plus performant que le secteur public pour la qualité des soins**

Le secteur privé sénégalais enregistrait de meilleurs résultats que le secteur public à plusieurs égards. Les ruptures de stock pour les médicaments, l'équipement et les fournitures étaient bien moins fréquentes. La conformité avec les procédures médicales de routine était meilleure dans les établissements privés mais les prestataires tant publics que privés pouvaient faire d'importants progrès dans la mise en oeuvre des protocoles pour la fièvre et la diarrhée. Le personnel des établissements publics qualifiait les soins qu'il prodiguait de "très moyens" ou "inférieurs à la moyenne", par opposition à ses homologues du secteur privé qui qualifiaient généralement ses soins de "bons". Les patients déclaraient qu'ils étaient satisfaits quel que soit le prestataire - là encore, un résultat très suspect.

## **Des carences qualitatives persistantes dans le secteur public et variables dans le secteur privé**

Au Sénégal, les résultats des évaluations de la qualité dans le secteur public étaient très similaires dans tous les divers types d'établissements publics (hôpitaux, centres de santé, postes de santé, cases de santé). Aucun type unique d'établissement particulier ne fournissait des soins très supérieurs aux autres types d'établissement pendant la période d'évaluation. Dans le secteur privé, il y avait des variations marquées pour la qualité, selon le type de prestataire privé. Généralement, les prestataires à but lucratif et les prestataires catholiques prodiguaient les meilleurs soins. Ils n'avaient pas de ruptures de stock, la conformité était bonne, le personnel et les patients étaient satisfaits. Les formations sanitaires d'entreprise et les "autres" prestataires privés étaient confrontés à des ruptures de stock périodiques et leur respect des protocoles laissait à désirer. Le personnel des "autres prestataires" était particulièrement mécontent.

## **Les patients et les prestataires perçoivent la qualité différemment**

Au Sénégal, il semblait qu'il y avait d'importantes différences dans les perceptions des patients et des prestataires. Les patients étaient, semble-t-il plus satisfaits des soins qu'ils recevaient que les prestataires ne l'étaient des soins qu'ils dispensaient. Ces derniers, dans leurs évaluations, se basaient plutôt sur la disponibilité des fournitures et des médicaments. Les patients considéraient divers facteurs, y compris les raisons économiques, géographiques et psychologiques.

## **8.2 QUALITE, COUTS, ET EFFICACITE**

### **Le coût élevé de la mise en oeuvre de la qualité est souvent imputable au "coût de faire des affaires"**

Pour les deux pays, les améliorations de la qualité avaient exigé des investissements importants pour les frais fixes comme pour les frais variables. Il est parfois injuste d'associer l'ensemble de ces coûts à la qualité, étant donné que nombre des intrants requis pourraient être considérés comme "le coût de faire des affaires". Les coûts fixes comprenaient la formation du personnel, l'acquisition et l'entretien de matériel médical durable, de la création et de l'application de protocoles de diagnostic et de traitement, de l'établissement de systèmes d'information pour la gestion. Les besoins pour les coûts variables comprenaient l'amélioration de la disponibilité des médicaments essentiels, les fournitures médicales jetables, les dossiers des patients et certains frais d'information. Comme on pouvait le constater au Niger, les augmentations des coûts seraient vraisemblablement importantes du fait des conditions de départ. A terme, les progrès sur le plan de la Qualité de l'exécution pourraient permettre certaines économies qui seraient difficiles à prédire.

### **Une efficacité technique élevée peut aller de pair avec la qualité**

Des preuves en provenance du secteur privé suggéraient qu'une plus grande efficacité ne signifie pas nécessairement une dégradation de la qualité, bien que certains prestataires efficaces aient eu de sérieux problèmes quant à la qualité des soins fournis (formations sanitaires d'entreprise et "autres"). Les prestataires à but lucratif et les prestataires catholiques voyaient davantage de patients par agent de santé que dans le secteur public. Ils avaient aussi un ratio plus efficace entre le personnel et les facteurs de production hors-personnel. Comme nous l'avons déjà dit, les prestataires privés offraient généralement des soins de meilleure qualité.

### **La médiocrité de la qualité est préjudiciable au coût-efficacité**

Il est intéressant de noter que, selon les données, la médiocrité de la qualité des soins peut également provoquer des inefficacités dans le service sanitaire, bien qu'on ne puisse le prouver de manière irréfutable. La médiocrité de la qualité pourrait être à l'origine d'une contraction de la demande de services, occasionnant une faible productivité chez les agents de santé. La distribution biaisée des ressources en faveur du personnel était préjudiciable aux actions visant à offrir des soins plus efficaces, et elle rendait certains intrants moins productifs. Dans les deux pays, les taux d'efficacité attendus pour divers traitements n'avaient pas pu être obtenus du fait que les patients et les prestataires ne respectaient pas convenablement les protocoles. Les services n'étaient pas en mesure de maximiser leur coût-efficacité optimal.

### 8.3 QUALITE ET FINANCEMENT

#### **Le recouvrement des coûts variables par le ticket modérateur est inférieur à 100 pour cent**

Il est essentiel de comprendre les implications des coûts fixes et variables des améliorations de la qualité pour qu'elles soient financièrement durables. Le cadre conceptuel mettait l'accent sur l'importance de recettes variables couvrant les coûts variables dans un contexte où les subventions et autres budgets/contributions étaient fixes. Dans les deux pays, il y avait deux sources principales de fonds: les recettes provenant des paiements des utilisateurs et les budgets fixes de l'Etat, complétés de temps à autre par une assistance étrangère.

Au Niger, deux formes de recouvrement des coûts étaient essayées. A Boboye, les recettes du ticket modérateur couvraient, à elles seules, environ 34 pour cent des coûts des médicaments, soit environ 20 pour cent des coûts des médicaments et de l'administration du recouvrement des coûts. Avec les taxes et le ticket modérateur, de 120 à 180 pour cent du coût des médicaments était récupéré, soit 75 à 105 pour cent du coût des médicaments, plus de l'administration du recouvrement des coûts. A Say, les recettes provenant de la tarification des usagers couvraient environ 50 à 55 pour cent des coûts des médicaments, soit de 35 à 40 pour cent du montant dépensé pour les médicaments et l'administration du recouvrement des coûts. Au Sénégal, le secteur public avait depuis longtemps pour habitude de facturer certains services et il était sur le point de mettre en oeuvre l'Initiative de Bamako. Les paiements des utilisateurs représentaient 8 pour cent des sources régulières de financement des hôpitaux, 10 pour cent pour les centres de santé, 28 pour cent pour les postes de santé et 87 pour cent des cases de santé.

Les budgets publics apportaient un soutien très important dans les deux pays. Au Niger, le gouvernement maintenait les niveaux courants de subvention. La Banque mondiale avait financé les stocks initiaux de fournitures pharmaceutiques et elle fournissait des subventions récurrentes partielles pour reconstituer ces stocks. Les Belges apportaient un concours pour l'élaboration et la mise en oeuvre de protocoles de traitement et de diagnostic. La planification, la conception et la mise en oeuvre de tests pilotes avaient été largement prises en charge par l'USAID. Au Sénégal, en moyenne, l'Etat représentait 84 pour cent des sources de financement des hôpitaux, 87 pour cent pour les centres de santé, 60 pour cent pour les postes de santé et 0 pour cent pour les cases de santé.

Des preuves relatives au financement indiquaient qu'avec la tarification des soins et un ticket modérateur, aucun des deux systèmes de santé publique n'avait atteint un recouvrement des coûts à 100 pour cent des coûts variables. Cela signifiait que pour tout nouveau patient qui utilisait les services, les systèmes encourageaient une dette qui devait être couverte par les budgets de l'Etat. A Boboye, au Niger, lorsque les taxes étaient comprises dans le calcul du recouvrement des coûts, la couverture pour les médicaments dépassait les 100 pour cent; cependant, il était important de reconnaître que le montant des taxes collectées n'était pas directement fonction du montant de médicaments utilisés. En outre, il n'y avait aucune garantie que le produit des taxes serait utilisé pour payer les coûts variables. Dans l'ensemble, il faut faire plus pour assurer un financement convenable, en particulier des intrants variables qui sont très insuffisants.

## **Disposition à payer pour la qualité**

Dans les deux pays, des indications ont suggéré que les patients étaient disposés à payer pour une meilleure qualité. Au Niger, les deux arrondissements d'intervention enregistraient des taux de fréquentation stables ou en progression, laissant entendre que les effets négatifs des prix sur l'utilisation étaient compensés par des effets de qualité positifs. Une enquête auprès des patients indiquait que plus de 80 pour cent des gens estimaient que le recouvrement des coûts était très désirable, de même qu'une amélioration de la qualité, par rapport au système précédent de prestation de soins. Au Sénégal, on n'a pas effectué d'évaluation détaillée des schémas d'utilisation des soins de santé; toutefois, les données au niveau des établissements suggéraient un lien étroit entre qualité et utilisation. Les formations sanitaires publiques ayant la plus proportion de patients qui recevaient des médicaments appartenaient aussi à la catégorie où l'utilisation était la plus élevée. De même, les formations publiques qui dispensaient la plus forte proportion d'ordonnances, par opposition à des médicaments proprement dits, tombaient dans les groupes où l'utilisation était la plus faible.

## 9.0 GENERALISATION DES ENSEIGNEMENTS

Les enseignements qui se dégagent des études du Sénégal et du Niger présentent des similarités importantes avec ce qu'on a pu constater dans d'autres pays en développement. Dans cette section, chacune des principales conclusions des études relatives au Sénégal et au Niger est brièvement examinée par rapport à d'autres initiatives importantes décrites dans la documentation existante en matière de santé publique. Certaines remarques sont empruntées à Wouters (1994).

### 9.1 MESURES DE LA QUALITE

Récemment, un nombre croissant d'enquêtes au niveau d'établissements et d'études de cas afférentes à des questions de qualité est allé au-delà des mesures de la qualité au plan des structures pour examiner les mesures relatives aux méthodes et aux résultats. L'initiative peut-être la plus vaste à cet égard a débuté avec le Projet PRICOR de l'USAID qui a mis au point des listes exhaustives d'activités et de tâches essentielles, semblables aux paramètres de pratiques, pour sept interventions de survie de l'enfant. Le projet a effectué des évaluations dans 12 pays, recueillant plus de 6.000 observations de contacts entre des agents de santé et des clients (Nicholas et al., 1991). Le prolongement du Projet PRICOR, intitulé Projet USAID d'assurance de la qualité, a ajouté une dimension nouvelle aux évaluations et aux améliorations de la qualité en adaptant à la fois les méthodes traditionnelles d'assurance de la qualité (AQ) et l'approche relativement nouvelle de la Gestion de qualité absolue aux scénarios de pays en développement (Franco et al., 1994; Brown et al., 1991). L'attention accordée à l'intégration des évaluations et des améliorations de la qualité dans les systèmes de gestion revêtait une importance particulière pour faciliter des améliorations continues de la qualité. Au moment des enquêtes, les études portant sur le Niger et le Sénégal n'avaient pas encore adopté cette dimension de la gestion.

Parmi les autres initiatives en matière d'évaluation de la qualité, on peut citer l'étude relative à l'Equateur (Robertson et al., 1991), à la Papouasie-Nouvelle-Guinée (Garner et al, 1990), à la Tanzanie (Gilson et al., 1991), à la Bolivie (Richardson et al, 1992) et à la République dominicaine (Lewis et al., 1990). Ces travaux ont eu recours à diverses méthodes. La plupart ont utilisé un inventaire du matériel, des fournitures, des médicaments, des outils de gestion et du personnel qui étaient essentiels. Concernant les mesures de la qualité en rapport avec les méthodes, ces études ont utilisé une combinaison d'observations d'épisodes de soins, d'entretiens avec le personnel et d'autres renseignements indirects tels que la disponibilité des ressources pour des protocoles de traitement particuliers. Il y avait rarement une surveillance des résultats médicaux au niveau de l'établissement; toutefois, Shepard et al. (1993), en Colombie, ont été les premiers à le faire. Les études mentionnées ci-dessus se sont efforcées de mettre au point des indices de la qualité qui prennent en compte les divers aspects de la qualité. Des méthodologies d'approximation, valables et fiables pour mesurer les aspects de la qualité en rapport avec les structures, les méthodes et les résultats continuent de faire l'objet d'importants débats.

## **9.2 ENSEIGNEMENTS AU SUJET DE LA QUALITE**

Les conclusions des études relatives au Niger et au Sénégal ne sont pas surprenantes, compte tenu des résultats observés dans d'autres pays en développement. L'enquête PRICOR, effectuée dans douze pays, a trouvé des lacunes de programme très fréquentes et sérieuses dans des domaines tels que le diagnostic, le traitement, l'éducation des patients et la supervision. Pour la plupart, les résultats de PRICOR étaient axés sur le secteur public. On ne sait pas grand choses au sujet des prestataires privés. L'étude du Sénégal était unique en ce qu'elle examinait de manière assez approfondie la qualité des divers prestataires privés. Point important, plusieurs - voire même la totalité - des types de prestataires privés offraient une qualité de soins relativement élevée. Cette observation était conforme aux conclusions relatives à Prosalud en Bolivie (Richardson et al., 1992).

## **9.3 QUALITE, COUTS, EFFICACITE**

Les travaux précédents sur les liens entre la qualité et les coûts étaient pratiquement inexistantes. Dans les pays en développement, l'accent était mis sur les coûts de la Qualité de la conception, comme dans une étude de la République dominicaine (Lewis et al., 1990; Wouters, 1994) consécutive à une sérieuse détérioration des infrastructures de santé. Les études en République dominicaine, au Sénégal et au Niger soulignaient toutes la nécessité de faire des investissements importants dans certains types de ressources pour des améliorations de la qualité. Un résultat similaire se dégage d'une étude des soins intrapartum dans le cadre de l'Initiative de Bamako au Nigéria (Ogunbekun et al., 1994). On n'a généralement pas procédé à l'examen de la qualité des coûts de la Qualité de l'exécution dans les pays en développement et cet aspect ne faisait pas partie des projets du Sénégal et du Niger.

Les mesures de l'efficacité ajustées en fonction de la qualité (soit technique, soit économique) étaient pratiquement inexistantes dans la documentation sur les pays en développement. Les comparaisons de l'efficacité entre prestataires sont rendues difficiles non seulement en raison de différences qualitatives, mais aussi à cause de différences dans l'ensemble des cas étudiés, leur gravité, la portée de l'activité et les types de services rendus. Ces questions sont soigneusement examinées dans une enquête en rapport avec des études de l'efficacité dans les PMA (Bitran, 1993). En raison de ces aspects complexes, la nature limitée de l'investigation sur l'efficacité dans l'étude sénégalaise n'était pas surprenante.

## **9.4 QUALITE ET FINANCEMENT**

Il y a des preuves substantielles que les clients sont disposés à payer pour la qualité (Leighton, 1994; Wouters, 1994). Les résultats pour le Niger et le Sénégal font la même suggestion.

L'importance d'éviter des marges de contribution négatives (recettes inférieures aux coûts variables) dans les initiatives de recouvrement des coûts a souvent été observée bien qu'elle n'ait pas été toujours explicitement mentionnée. Par exemple, l'Initiative de Bamako, sous l'égide de l'UNICEF, accordait une place majeure au recouvrement des coûts des médicaments et à l'obtention d'un excédent complémentaire (McPake et al., 1992). Des preuves empiriques suggèrent que la tarification des soins génère souvent 100 pour cent du coût des médicaments (Leighton et al., 1994). Tant au Niger qu'au Sénégal, l'objectif visé semblait être un recouvrement total du coût des médicaments, plus un certain excédent.

Ce qui semblait moins certain dans les initiatives de recouvrement des coûts, y compris celles du Niger et du Sénégal, c'était la manière dont ces recettes et ces excédents seraient utilisés. En général, on devrait faire plus pour encourager une utilisation décentralisée de l'utilisation des recettes et pour employer les paiements des utilisateurs pour financer d'autres composantes de coûts variables, notamment en liaison avec des améliorations de la qualité. Des renseignements suggèrent que les initiatives de recouvrement des coûts ont de meilleures chances de parvenir à des améliorations au plan de la qualité lorsque les agents de santé des établissements sont autorisés à procéder à des améliorations et sont incités à le faire (Leighton, 1994). Dans plus de 90 pour cent des cas où des améliorations ont été citées dans une récente enquête, au moins un certain pourcentage des paiements des utilisateurs était gardé et géré au niveau local. Toutefois, dans 30 pour cent des cas où les paiements étaient gérées par les établissements ou par les comités locaux de santé, il n'y avait pas d'amélioration marquée de la qualité, ce qui laisse entendre qu'une gestion locale est nécessaire mais non suffisante pour des améliorations de la qualité. Les gestionnaires locaux doivent avoir une meilleure compréhension des améliorations de la qualité qui sont les plus urgentes et des implications associées aux coûts fixes et variables. Ce dernier aspect est crucial pour la pérennité financière.

## **10.0 RECOMMANDATIONS POUR LES PROGRAMMES**

### **1. MESURE ET ÉVALUATION DE LA QUALITÉ**

Un effort important pour mesurer la qualité à tous les niveaux (structures, méthodes et résultats) a déjà commencé et devrait continuer. Comme première étape, il faudrait élaborer de grands principes pour les protocoles de diagnostic et de traitement (y compris les rapports patient-prestataire) et pour les autres services de soutien (logistique, système d'information, gestion). Le rôle des services de soutien (au-delà de la supervision) dans le renforcement de la qualité des soins doit recevoir une plus grande attention.

Les normes pour les méthodes devraient identifier les étapes clés dans chaque processus tout en laissant une certaine marge de manoeuvre dans la pratique. Le but ne devrait pas être de créer une médecine de "livre de cuisine", pas à pas, mais plutôt de fournir des grands principes, reconnaissant que pour certaines maladies on manque encore de preuves précises au sujet des traitements d'un bon rapport coût-efficacité, surtout lorsque les conditions locales et relatives aux patients sont prises en compte.

Deuxièmement, chaque grand principe relatif aux méthodes devrait s'accompagner en parallèle d'une liste des besoins en ressources. Dans le passé, cette étape a rarement été effectuée. Troisièmement, des indicateurs quantifiables pour les services médicaux et d'appui et les besoins en ressource devraient être identifiés, et des critères devraient être choisis pour surveiller les succès et les échecs de la mise en oeuvre. Un élément crucial de cette étape est d'obtenir un consensus parmi les experts sur les étapes essentielles qui devraient être suivies, étant donné que l'obtention d'un consensus sur tous les aspects des normes serait peu vraisemblable.

Il faudrait des indicateurs plus fiables et plus valables de la satisfaction des patients. Des comparaisons des avantages et des inconvénients de diverses méthodes, telles que les groupes cibles, les entretiens à la sortie, les conversations informelles, les guichets clients et les enquêtes-ménage sur les patients devraient être effectuées. L'élaboration de mesures des résultats médicaux et l'attribution des changements dans l'état de santé à des traitements particuliers sont des tâches importantes mais difficiles; des efforts devraient malgré tout être entrepris pour améliorer les évaluations de la qualité à cet égard.

### **2. AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ**

Souvent, les évaluations de la qualité sont exécutées en tant qu'actions ponctuelles. On devrait s'efforcer de réaliser des évaluations de la qualité sur une base régulière pour s'assurer que la qualité progresse constamment et que les améliorations de la qualité puissent être, en fait, soutenues. L'approche de la Gestion de la qualité absolue propose souvent des méthodes et des outils importants à cet égard. Une plus grande attention devrait être apportée à la manière dont les méthodes d'assurance de la qualité et la Gestion de la qualité absolue devraient être adaptées dans des contextes de pays en développement pour garantir des améliorations continues et durables de la qualité.

### **3. AMÉLIORATION ET GESTION DE LA QUALITÉ**

Les évaluations de la qualité dans les pays en développement ont cherché à mettre l'accent sur des techniques de collecte de données de type inspection. Il faudrait examiner de près les occasions d'inclure des évaluations de la qualité et de suivre les systèmes de gestion. L'approche de la Gestion de la qualité absolue propose des concepts et des outils importants à cet égard. Une plus grande attention devrait être apportée à la manière dont les méthodes d'assurance de la qualité et la Gestion de la qualité absolue devraient être adaptées dans des contextes de pays en développement pour améliorer les systèmes de gestion afin d'englober les préoccupations en rapport avec la qualité des services.

### **4. COÛTS NETS DES AMÉLIORATIONS DE LA QUALITÉ ET DES PRIORITÉS POUR L'ANALYSE DES COÛTS**

Les coûts nets des améliorations de la qualité sont relativement mal connus. Étant donné la sérieuse détérioration des infrastructures dans nombre de systèmes de santé publique, on peut s'attendre à ce que les besoins en ressources pour des améliorations de la *Qualité de la conception* soient généralement très élevés par rapport aux budgets existants. Cette situation rend plus cruciale la nécessité d'avoir des normes qui soient à la fois coût-efficaces et abordables. Qui plus est, les normes devraient soigneusement identifier les ressources cruciales et semi-cruciales puisque, dans la plupart des cas, seules les ressources cruciales seront abordables, même avec un financement majeur des bailleurs de fonds. Les conséquences de coût des améliorations de la *Qualité de l'exécution* sont presque totalement inconnues; peu de travaux empiriques ont été faits à ce sujet. Des outils de gestion doivent être mis au point pour suivre les coûts des améliorations de la qualité. Les méthodes de Gestion de la qualité absolue offrent certains points de références à cet égard. Le Projet USAID d'assurance de la qualité se penche déjà sur ces méthodes.

Dans l'absolu, on pourrait vouloir recueillir des données relatives aux coûts en liaison avec chaque effort d'amélioration de la qualité; cela ne sera vraisemblablement pas possible. Par contre, les points suivants à accentuer pour l'analyse des coûts de gestion seront sans doute utiles. Premièrement, lorsque l'infrastructure sanitaire est sérieusement dégradée, il faudra vraisemblablement que certaines ressources complémentaires soient mises en place. Dans un tel cas, il serait important d'estimer les coûts des besoins minimums en ressources et de s'assurer des moyens de financer ces coûts. Deuxièmement, pour une maladie donnée, s'il y a un débat en profondeur sur les normes de traitement à encourager, l'analyse devrait inclure une évaluation du coût-efficacité des options à envisager. En troisième lieu, lorsque des ressources de base pour la mise en oeuvre de normes pour les services de pratique et de soutien sont en place, et seulement alors, il conviendrait de commencer à s'intéresser aux coûts de la Qualité de l'exécution. La détermination des coûts est particulièrement utile lorsqu'on peut démontrer que certaines améliorations de la Qualité de l'exécution produisent d'importantes économies de coût ou qu'elles engendrent d'importantes augmentation de coût. La détermination des coûts est moins utile lorsque les implications de coût sont minimales ou évidentes. Néanmoins, pour qu'une plus grande attention soit accordée à des améliorations qualitatives, il serait utile de se renseigner à propos des améliorations qui pourraient être obtenues avec peu de ressources complémentaires, voire même aucune.

## **5. SYSTÈMES D'INFORMATION POUR LA GESTION FINANCIÈRE**

La qualité des soins est étroitement liée au financement des soins de santé, du point de vue de l'efficacité et de l'obtention de revenus. Les systèmes d'information financière devraient aller au-delà de la comptabilité financière de base et de la tenue des livres pour inclure spécifiquement des techniques de comptabilité des prix de revient.

## **6. FINANCEMENT DES COÛTS FIXES ET VARIABLES DES AMÉLIORATIONS DE LA QUALITÉ**

Les améliorations de la qualité ont des conséquences à la fois pour les coûts fixes et pour les coûts variables. Du fait que les budgets gouvernementaux pour la santé sont fixes ou extrêmement limités et que, du moins initialement, les mécanismes de recouvrement des coûts ne permettent pas de couvrir les frais (coût total), la facturation des utilisateurs devraient se concentrer sur le paiement des composantes de coûts variables de l'amélioration de la qualité (à savoir les médicaments, les fournitures jetables) pour que la viabilité financière soit assurée malgré des conditions difficiles. Il est important qu'il n'y ait pas de confusion entre les coûts variables et les coûts de fonctionnement. En général, les coûts variables sont un sous-ensemble des coûts de fonctionnement. Les composantes de coûts fixes (par exemple, le personnel et le matériel) seraient financées de manière plus satisfaisante par d'autres sources fixes de revenus, telles que les subventions publiques ou des contributions des bailleurs de fonds, en attendant que le recouvrement des coûts commence à produire des revenus pour financer certaines desdites composantes. Les budgets limités des pouvoirs publics doivent être soigneusement axés sur des améliorations de la qualité qui renforcent le coût-efficacité et qui constituent des biens publics.

## **7. METTRE À PROFIT LA DISPOSITION À PAYER POUR LA QUALITÉ**

Des résultats suggèrent que les patients sont très enclins à payer pour la qualité. Un plus grand effort devrait être fait pour comprendre ce que les patients entendent par qualité des soins, au-delà de la disponibilité des médicaments, et pour mettre à profit leur disposition à payer qui générerait des ressources pour contribuer à des améliorations de la qualité.

## **8. LÉGISLATION SUR LE RECOUVREMENT DES COÛTS**

Les systèmes de gestion et d'information n'amélioreront pas, à eux-seuls, la qualité, l'efficacité ou la durabilité financière des services de santé. Il faut une législation qui permette l'utilisation de revenus pour appuyer des améliorations de la qualité. La décentralisation de l'autorité est indispensable pour faciliter la prise de décisions appropriées au niveau local. Dans toute la mesure du possible, les ménages et les communautés devraient jouer un rôle actif dans la détermination de la qualité de soins qui soient à la fois acceptables et abordables. La priorité devrait être donnée à la création et à la mise en oeuvre d'un environnement juridique approprié pour le recouvrement des coûts et pour veiller à ce que les recettes soient consacrées à des améliorations de la qualité, en harmonie avec les conditions locales.

## **9. QUALITÉ DANS LE SECTEUR PRIVÉ**

Des segments importants du secteur privé semblent être à la fois efficaces et offrir des soins de qualité. Des efforts devraient être faits pour encourager la croissance de ces prestataires privés. En outre, il faudrait disposer d'une information plus pointue au sujet des aspects de la qualité pour lesquels les prestataires privés excellent (meilleures pratiques), des incitations et des conditions qui existent dans le secteur privé pour encourager la qualité, et la façon d'identifier les prestataires médiocres et, soit d'améliorer leurs performances, soit de décourager les patients de faire appel à eux (réglementation, information publique, par exemple). Une question primordiale est de savoir si le secteur public peut reproduire les aspects positifs de la qualité des prestataires privés. Une analyse plus poussée s'impose sur ce point.

## **10. INFORMATION DU PUBLIC CONCERNANT LA QUALITÉ**

Les forces du marché fonctionnent mieux lorsque les prestataires et les consommateurs sont bien informés au sujet de la qualité des services qu'ils vendent ou qu'ils achètent. Tant les prestataires que les patients devraient retirer des avantages d'une meilleure information concernant la qualité des soins offerts par tous les types de services de santé. Les pouvoirs publics devraient mettre en place un programme pour une large diffusion de renseignements en rapport avec la qualité et le coût des soins. On n'a pas fait grand chose dans ce domaine, mais les enseignements tirés des programmes de communication pour la santé pourraient constituer un important point de départ.

## BIBLIOGRAPHIE

- Binns, G., et J. Early. 1989. "Hospital Care Frontiers in Managing Quality," *Juran Report*. No 10, 18-31.
- Bitran, R. 1992. "Technical and Economic Efficiency in the Production of Health Services." Document de recherche appliquée principale No 2, (Phase I). Projet USAID de Financement et de pérennisation des soins de santé (HFS). Bethesda, MD: Abt Associates.
- Bitran, R., S. Brewster, B. Ba. 1994a. "Coûts, financement et efficacité des établissements sanitaires publics au Sénégal. Etapes 2 et 3: Travaux de terrain, résultats de recherche, et recommandations au plan des politiques." Projet USAID de Financement et de pérennisation des soins de santé (HFS). Document de recherche appliquée principale No 10-F. Bethesda, MD: Abt Associates.
- Bitran, R., S. Brewster, B. Ba. 1994b. "Coûts, financement et efficience des prestataires de santé au Sénégal. Une analyse comparative des prestataires publics et privés. Etapes 2 et 3: Travaux sur le terrain, résultats de recherche et recommandations en matière de politiques." Projet USAID de Financement et de pérennisation des soins de santé (HFS). Document de recherche appliquée principale No 11-F (Avant-projet). Bethesda, MD: Abt Associates.
- Campanella, J. 1990. "Principles of Quality Costs: Principles, Implementation and Use." American Society for Quality Control. Wisconsin.
- Creese, A. 1991. "User Charges for Health Care: a Review of Recent Experience," *Health Policy and Planning* 6:4, 309-319.
- Diop, F. 1993. "Tests pilotes de recouvrement des coûts dans le secteur non hospitalier: enquête auprès des ménages sur la demande de soins de santé arrondissements de Boboye, Illéla et Say: octobre-décembre 1992. Schemas d'utilisations des soins de santé. Niger." Note technique No 27-F. Projet USAID de Financement et de pérennisation des soins de santé (HFS), Bethesda, MD: Abt Associates.
- Diop, F., M. Kailou, O. Oumarou. 1993. "Test pilotes de recouvrement des coûts dans le secteur non-hospitalier au Niger: rapport semestriel sur les performances du recouvrement des coûts arrondissements de Boboye et de Say: mai à octobre 1993." Projet USAID de Financement et de pérennisation des soins de santé (HFS), Bethesda, MD: Abt Associates.
- DiPrete-Brown, L., L. Miller-Franco, N. Rafeh, T. Hatzell. 1991. *Quality Assurance of Health Care in Developing Countries*. Projet USAID d'Assurance de la qualité. Bethesda, MD.
- Donebedian, A. 1980. "Explorations in Quality Assessment and Monitoring: The Definition of Quality and Approaches to its Assessment." Volume 1. Health Administration Press.

- Ellis, R., M. Chawla. 1994. "Demand Side Impacts of an Experiments in Health Care Cost Recovery in Niger." Avant-projet. Projet USAID de Financement et de pérennisation des soins de santé (HFS). Bethesda, MD: Abt Associates.
- Ellis, R., G. Mwabu. 1991. "The Demand for Outpatient Medical Care in Rural Kenya." Manuscrit non publié. Boston University, Département d'économie.
- Garner, P., J. Thompson, D. Donaldson, 1990. "Quality Assessment of Health Facilities in Rural Papua New Guinea," *Health Policy and Planning* 5:1, 49-59.
- Gilson, L. 1991. "Value for Money?: The Efficiency of Primary Health Care Units in Tanzania, Final Summary Report." Manuscrit. London School of Hygiene and Tropical Medicine.
- HFS Project. 1991. "Applied Research Agenda". Bethesda, MD: Abt Associates.
- Leighton, C. 1994. "Issue Briefs on Common Policy Questions About the Impact and Effectiveness of Health Financing Reforms in Sub-Saharan Africa." Projet USAID de Financement et de pérennisation des soins de santé (HFS) (Avant projet). Bethesda, MD: Abt Associates.
- Lewis, M., J. Sulvetta, G. LaForgia. 1990. "Measuring Costs, Efficiency and Quality in Public Hospitals: A Dominican Case." Rapport No IDP-090. Washington: Banque mondiale.
- Miller-Franco, L., J. Newman, G. Murphy, E. Mariani. 1994. "Achieving Quality through Problem Solving and Process Improvement." *Quality Assurance Methodology Refinement Series*. Projet USAID d'Assurance de la qualité, Centre pour les services humains, University Research Corporation: Bethesda, MD.
- Morse, W., H. Roth, and K. Poston. 1987. *Measuring, Planning and Controlling Quality Costs*. Institute of Management Accountants, New Jersey.
- Nicholas, D., J. Heiby, T. Hatzell. 1991. "The Quality Assurance Project: Introducing Quality Improvement to Primary Health Care in Less Developed Countries," *Quality Assurance in Health Care* 3:3, 147-165.
- Ogunbekun, I.O., O. Adeyi, A. Wouters, et al. 1994. "Costs and Financing Improvements in the Quality of Maternal Services through the Bamako Initiative, Nigeria." Manuscrit en rapport avec une étude en cours. Lagos, Nigéria: UNICEF.
- Richardson, P., J. Galloway, M. Olave, P. Terrazas, T. Bossert. 1992. "Quality, Costs and Cost Recovery: A Comparative Study of the UNIDAD Sanitaria of the Ministry of Health and Prosalud in Santa Cruz, Bolivia." Projet USAID de pérennisation des soins de santé et de la nutrition en Amérique latine et dans les Caraïbes. Bethesda, MD: University Research Corporation.
- Robertson, R., C. Castro, L. Gomez, G. Gwynne, C. Baca, D. Zschock. 1991. "Primary Health Services in Ecuador: Comparative Costs, Quality and Equity of Care in Ministry of Health and Rural Social Security Facilities," *Social Science and Medicine* 32:312, 1327-1336.

- Roemer, M. I., M. Aguilar. 1988. *Quality Assessment and Assurance in Primary Health Care*. Publication offset OMS No105. Genève: Organisation mondiale de la santé.
- Rubin, H. 1990. "Can Patients Evaluate the Quality of Hospital Care?" *Medical Care Review* 47:3, 267-326.
- Shepard, D.S., J. Walsh, W. Munar, L. Rose, R. Guerrero, L. Cruz, G. Reyes, G. Price, C. Solarte. 1993. "Cost Effectiveness of Ambulatory Surgery in Cali, Colombia." *Health Policy and Planning*.
- Tugwell, P., K. Bennett, D. Sackett, B. Haynes. 1984. "Relative Risks, Benefits and Costs of Intervention." In *Tropical and Geographical Medicine*, K. Warren et A. Mahmoud, directeurs de publication. New York: McGraw-Hill Book Company, 1097-1113.
- Walton, M. 1986. *The Deming Management Method*. New York: A Perigree Book.
- World Bank. 1992. "Republic of Senegal: Issues in Health Care Financing." Rapport No 11059-SE. Washington DC: Division des opérations population et ressources humaines, Département Sahel, Région Afrique. Banque mondiale.
- Wouters, A. 1994. "Quality and Costs in Health Care Services Delivery for Developing Countries: A Three Day Workshop for Trainers." Projet USAID d'Assurance de la qualité (Centre pour les services humains, University Reserach Corporation et Johns Hopkins School of Public Health), Projet USAID de développement des liens avec les universités (Johns Hopkins School of Public Health): Baltimore, Maryland.
- . 1991. "Essential National Health Research in Developing Countries: Health Care Financing and the Quality of Care." *International Journal of Health Planning and Management*. Vol.6, 253-271.
- Wouters, A., O. Adeyi, R. Morrow. 1993. "Quality of Health Care and its Role in Cost Recovery with a Focus on Empirical Findings about Willingness to Pay for Quality Improvements., Phase I: Review of Concepts and Literature, and Preliminary Field Work Design." Projet de Financement et de pérennisation des soins de santé (HFS). Document de recherche appliquée principale No 8. Bethesda, MD: Abt Associates.
- Yazbeck, A., M. Wenner, 1994. "Social Financing in Niger." Document de recherche appliquée principale 15-F (Etape III). Projet de financement et de pérennisation des soins de santé (HFS). Bethesda, MD: Abt Associates.
- Yazbeck, A. 1994. "Niger Quality of Care Results", photocopié. Projet de Financement et de pérennisation des soins de santé (HFS), Bethesda, MD: Abt Associates.