



**LA DECENTRALISATION  
ET L'EVOLUTION DES  
SYSTEMES DE SANTE:  
Cadre d'analyse**

*DOCUMENT DE TRAVAIL REVISE*

*Unité des Systèmes et Politiques de Santé au Niveau national  
Division du Renforcement des Services de Santé  
Organisation mondiale de la Santé, Genève  
Mars 1995*

---

Ces travaux ont été financés par : DANIDA, NORAD, ODA (UK), SIDA et USAID.

---

Ce document n'est pas destiné à être distribué au grand public et tous les droits y afférents sont réservés par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Il ne peut être commenté, résumé, cité, reproduit ou traduit, partiellement ou en totalité, sans une autorisation préalable écrite de l'OMS. Aucune partie ne doit être chargée dans un système de recherche documentaire ou diffusée sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit -- électronique, mécanique, ou autre -- sans une autorisation préalable écrite de l'OMS.

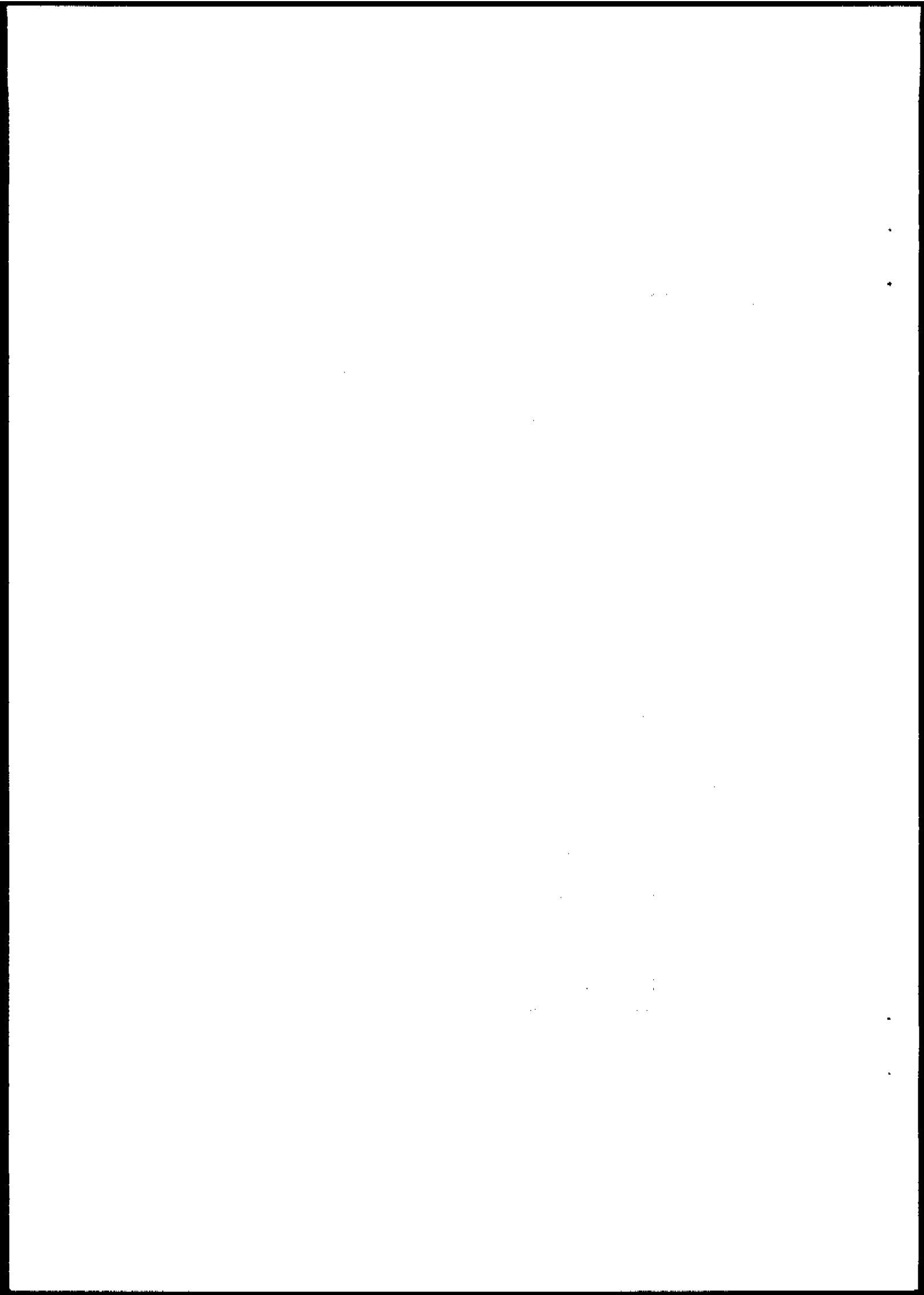
Les opinions exprimées dans les documents par des auteurs cités nommément n'engagent que lesdits auteurs.

---

# LA DECENTRALISATION ET L'EVOLUTION DES SYSTEMES DE SANTE: CADRE D'ANALYSE

Document de travail révisé  
1995

Le présent document est basé sur le document WHO/SHS/NHP/93.2 : *Decentralization and Health Systems Change: A Framework for Analysis* par D. Conyers, A. Cassels et K. Janovsky. Il a été préparé par Katja Janovsky avec l'aide de Susan Cohen et de Phyllida Travis. Nous remercions vivement Tom Bossert, Andrew Cassels, Andrew Creese, Lucy Gilson, Rune Lea, Sigrun Mogedal et Alex Ross de leur efforts, observations et suggestions ainsi que Dominique Egger, Miloud Kaddar et Eugenio Villar qui ont participé à la traduction française.



## INTRODUCTION

La relation entre la décentralisation et l'évolution du secteur de la santé est complexe.

- ▶ La décentralisation est un terme utilisé pour désigner une gamme étendue de structures et du processus organisationnels dont chacun peut influencer différemment sur les systèmes de santé.
- ▶ Le fonctionnement des systèmes de santé est également une notion complexe qui comporte de nombreuses facettes, dont chacune peut être influencée par la décentralisation de façon différente.
- ▶ La relation entre des formes particulières de décentralisation et certains aspects du fonctionnement des systèmes de santé peut être indirecte ou difficilement perceptible, et compliquée par le fait que la décentralisation n'est que l'une des nombreuses séries de facteurs qui déterminent le fonctionnement des systèmes de santé.

Le cadre d'analyse proposé peut être utilisé pour examiner systématiquement l'élaboration et l'application des politiques de décentralisation dans un ou plusieurs pays et déterminer une évolution du système de santé pouvant être attribuée, du moins en partie, à la décentralisation. Le cadre prend en considération le contexte général de la décentralisation et le processus de formulation des politiques; les stratégies et les moyens d'exécuter les politiques; la forme que revêt la décentralisation; l'évolution des processus et systèmes organisationnels du secteur de la santé soumis faisant l'objet d'une décentralisation; et enfin, les tendances de la distribution, de la qualité et de l'efficacité des services de santé à mesure que la décentralisation suit son cours.

Le cadre doit être suffisamment souple pour tenir compte des nombreuses formes de décentralisation, mais doit aussi être appliqué avec une certaine rigueur si l'on veut qu'il facilite la recherche des caractéristiques communes à différents pays et permette à chacun de ces pays de profiter de l'expérience des autres. En vue d'évaluer l'utilité éventuelle dans un pays des mesures prises dans un autre, il est nécessaire de savoir non seulement *quels* systèmes ont été mis en place et dans quelle mesure les objectifs ont été atteints, mais aussi *pourquoi* et *comment*. Une grande partie de l'information recherchée sera qualitative et subjective plutôt que quantitative et factuelle.

Le cadre ne propose ni n'utilise un type de décentralisation déterminé. Toutefois, pour faciliter l'analyse, il présente brièvement les modes les plus répandus de délégation de pouvoirs sous la forme de *filiales* de décentralisation que peuvent éventuellement adopter les

administrations locales, les divers niveaux et organismes du ministère de la santé, les caisses d'assurance sociale, et les diverses institutions prestataires du secteur public et privé. Ces *filières* sont généralement suivies concurremment et peuvent avoir été entreprises à différents moments, pour différentes raisons et par différents acteurs. Elles peuvent se compléter ou s'opposer et revêtir des formes diverses dans un même pays ou d'un pays à l'autre. Explicitement ou implicitement, elles font toutes partie de la politique de décentralisation d'un pays.

Les changements observés dans le fonctionnement des systèmes de santé peuvent être dus à la décentralisation, mais de nombreux autres facteurs politiques et économiques risquent aussi de les influencer. Leur impact devrait être pris en compte à tous les stades de l'analyse. Bien que le cadre vise à déterminer la nature de la relation entre la décentralisation et divers aspects du fonctionnement des systèmes de santé, il importe de rechercher constamment des explications complémentaires ou différentes des changements observés dans le système de santé. On trouvera ci-après un tableau d'ensemble indiquant des différentes composantes de l'analyse.

Pour chercher à dissocier les effets de la décentralisation de ceux des autres réformes et événements, il est utile de partir des changements d'équité, d'efficacité et de qualité pour remonter jusqu'au contexte général de la décentralisation en se référant constamment à la situation globale et aux conditions favorisantes tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du secteur de la santé. Par exemple, dans quelle mesure l'évolution des tendances en matière d'équité, d'efficacité et de qualité qui est observée peut-elle être attribuée à des changements intervenus dans les processus et systèmes organisationnels du système de santé ? Dans quelle mesure les changements subis par les processus organisationnels peuvent-ils être imputés à l'exécution d'une politique de décentralisation ? Comment l'application d'une politique a-t-elle été influencée par telle ou telle stratégie d'exécution ?

Etant donné qu'il est difficile d'établir des relations *cause à effet* directes entre les diverses formes de centralisation et l'évolution du système de santé, le cadre d'analyse facilite la recherche de liens *plausibles* entre les différentes composantes de la centralisation et d'autres événements importants. De même, comme il est tout aussi difficile de formuler des conclusions *universelles*, le cadre souligne la nécessité d'examiner les conditions *particulières* dans lesquelles certaines formes de décentralisation permettent d'obtenir l'effet désiré avant d'en tirer des conclusions trop optimistes au sujet de la possibilité d'extrapoler les leçons d'un pays dans un autre.

Le cadre peut être utilisé pour analyser la situation dans les pays à divers stades de la décentralisation. Lorsque la décentralisation s'est achevée depuis quelque temps, il est raisonnable de s'attendre à certains changements dans le fonctionnement du système de

**LA DECENTRALISATION ET L'EVOLUTION DES SYSTEMES DE SANTE  
CADRES D'ANALYSE : APERCU GENERAL**

<p align="center">Contexte général Autres événements critiques Facteurs favorisants et défavorisants</p>	<p><b>Composante 1</b> <b>Contexte général : exposé des motifs et formulation des politiques</b></p> <p>1.1 Cadre politique général 1.2 Caractéristiques principales de la politique de décentralisation : délégation de responsabilités et de pouvoirs: <i>aux administrations locales aux niveaux inférieurs du ministère de la santé à des institutions prestatrices aux caisses de sécurité sociales</i> 1.3 Processus de formulation des politiques</p>	<p align="center">Comparaison des structures et des fonctions entre le commencement de l'opération et la période actuelle</p>
	<p><b>Composante 2</b> <b>Stratégies, moyens de les appliquer et coûts de leur mise en oeuvre</b></p> <p>2.1 Expérimentation à échelle réduite et mise en oeuvre à échelle normale 2.2 Cadre réglementaire 2.3 Méthodes de renforcement des capacités 2.4 Restructuration 2.5 Coût de la mise en oeuvre</p>	
	<p><b>Composante 3</b> <b>Formes de décentralisation</b></p> <p>3.1 Niveaux et institutions nouveaux et restructurés 3.2 Fonctions et liaisons clés 3.3 Responsabilités et pouvoirs 3.4 Obligation de rendre compte</p>	<p align="center">Comparaison des processus et systèmes entre le commencement de l'opération et la période actuelle</p>
	<p><b>Composante 4</b> <b>Evolution des systèmes de santé : processus et systèmes d'organisation</b></p> <p>4.1 Elaboration des politiques de santé 4.2 Evaluation des besoins, et information pertinente 4.3 Planification et allocation des ressources 4.4 Financement et gestion financière 4.5 Planification et gestion des ressources humaines 4.6 Coordination intersectorielle 4.7 Participations usagers</p>	
	<p><b>Composante 5</b> <b>Evolution des systèmes de santé : équité, efficience et qualité des services</b></p> <p>5.1 Ensemble des ressources financières du secteur public 5.2 Plan général d'allocation des ressources 5.3 Rapport dépenses/produits 5.4 Distribution des ressources humaines 5.5 Utilisation 5.6 Disponibilité et gamme des services 5.7 Evolution des systèmes d'appui 5.8 Disponibilité des médicaments essentiels</p>	

santé. Dans les pays où la décentralisation a été menée à son terme, on va donc utiliser les cinq composantes du cadre. Dans ceux qui viennent tout juste de formuler leur politique et de déterminer les moyens de l'appliquer, ou qui n'ont entrepris cette application que récemment, on peut estimer qu'il n'est pas indiqué de rechercher des changements au-delà des structures et processus organisationnels. Dans ce cas, l'analyste ne se référera qu'aux deux ou trois premières composantes du cadre. Toutefois, les autres composantes peuvent être utilisées pour déterminer les variables à contrôler pour une étude prospective sur les effets de la décentralisation. Les questions posées sur les différentes composantes du cadre ne peuvent être ni complètes ni d'une application universelle. Elles portent sur des problèmes communs qui ont été choisis pour permettre la comparaison et susciter d'autres questions précises.

Ce cadre est conçu en vue d'une évaluation *rapide* plutôt qu'exhaustive, notamment lors de l'étude des effets de la décentralisation sur l'équité, l'efficacité et la qualité. Il est surtout destiné à faciliter l'analyse *rétrospective* et doit donc s'appuyer sur une information que l'on a des chances d'obtenir dès à présent. Les variables clés ont été choisies en fonction de ces critères.

## COMPOSANTE 1

### CONTEXTE GENERAL : EXPOSE DES MOTIFS ET FORMULATION DES POLITIQUES

- |     |  |
|-----|--|
| 1.1 | Cadre politique général  |
| *   | ajustement structurel  |
| *   | rôle de l'Etat et dosage public/privé                            |
| *   | réforme de la fonction publique                                  |
| *   | démocratisation  |
| 1.2 | Caractéristiques principales de la politique de décentralisation |
| *   | administrations locales  |
| *   | niveaux inférieurs du Ministère de la Santé                      |
| *   | institutions prestatrices  |
| *   | caisses de sécurité sociale                                      |
| 1.3 | Processus de formulation des politiques                          |
| *   | exposés des motifs et objectifs                                  |
| *   | analyse des options  |
| *   | parties prenantes et établissement d'un consensus                |
| *   | adoption   |

Pour comprendre la forme que revêt la décentralisation dans une situation donnée, il est nécessaire d'avoir une idée du contexte général, ce qui aide à concevoir la décentralisation comme un processus dynamique et non simplement comme une forme particulière d'organisation. En prenant connaissance du contexte général de la décentralisation et du processus de formulation des politiques, on aura une idée des possibilités d'exécution et de réalisation des objectifs de ces politiques.

#### 1.1 Cadre politique général

La première étape de l'analyse consiste à examiner le contexte général dans lequel la décentralisation a été entreprise.

Quelle est la situation économique générale du pays ? Est-il actuellement soumis à un processus d'ajustement structurel ? Le secteur social est-il gravement sous financé ?

Quelles sont les perspectives de croissance économique ? Quelles sont les principales caractéristiques de la politique officielle concernant le rôle de l'Etat ? S'orienté-t-on vers un accroissement du rôle du secteur privé ? S'efforce-t-on, dans le cadre d'un programme de réforme de la fonction publique, de réduire l'effectif des fonctionnaires et d'améliorer leur qualité ?

Quelle importance l'Etat accorde-t-il explicitement à l'équité ? Cette question est-elle prise en compte dans la manière dont il répartit les ressources et règlemente le secteur privé ?

Dans de nombreux pays du monde, des gouvernements démocratiquement élus font leurs premiers pas après des années de système à parti unique et de régime autoritaire. La participation de la population et une décentralisation accrue font en général partie intégrante du processus de démocratisation.

Quel est le rôle des institutions internationales et bilatérales dans la promotion et le financement des diverses réformes dont la décentralisation est l'élément clé.

## 1.2 Principales caractéristiques de la politique de décentralisation

Dans cette section, l'accent est mis sur les déclarations de politique générale qui figurent dans les documents d'orientation pertinents. Elles peuvent correspondre ou non à la forme que revêt effectivement la décentralisation. La politique de décentralisation est en général étroitement liée aux objectifs explicites de la décentralisation.

Comme on l'a indiqué dans l'introduction, la plupart des politiques de décentralisation sont pluridimensionnelles et prévoient plusieurs *filiales*. Il faut acquérir une idée générale de toutes les initiatives en cours visant à donner aux provinces, aux districts et/ou à d'autres institutions le pouvoir de fixer les priorités locales et d'allouer des ressources et à leur déléguer des responsabilités importantes qui appartenaient jusqu'alors à l'autorité centrale.

Les *filiales* les plus fréquentes sont décrites ci-après. La forme exacte revêtue par chacune d'elles variera considérablement d'un pays à l'autre. Il peut exister d'autres *filiales* distinctes dont il faut aussi tenir compte pour compléter ce tableau composite.

#### *Décentralisation vers les administrations locales*

Elle consiste à déléguer des pouvoirs à une administration locale, généralement assez indépendante du niveau national, pour lui permettre d'accomplir une gamme de fonctions bien définies.

#### *Décentralisation vers les niveaux inférieurs du Ministère de la Santé*

Au sein du secteur de la santé, des pouvoirs peuvent être délégués à différents organes situés à divers niveaux : autorités sanitaires du niveau provincial et/ou distrital, équipes de gestion de la santé, conseils de gestion sanitaire.

#### *Décentralisation vers les institutions prestatrices et au sein de ces institutions*

De grandes institutions prestatrices, le plus souvent des hôpitaux d'orientation recours et des centres hospitalo-universitaires, peuvent être pourvues d'un budget global et de pouvoirs considérables pour gérer leur organisation et leur personnel et recueillir des fonds additionnels. Outre les hôpitaux, des groupes de prestataires et des centres de santé peuvent aussi détenir des fonds.

#### *Décentralisation vers des caisses de sécurité sociale*

Des dispositions très diverses permettent de conférer aux caisses de sécurité sociale une autonomie considérable au niveau local.

### **1.3 Processus de formulation des politiques**

Une brève analyse du processus politique est un élément essentiel de cette opération. Elle consiste à rechercher les motifs de la décentralisation, les points de vue des différentes parties prenantes, les méthodes d'analyse des options et de réalisation d'un consensus, et les différentes phases de l'adoption d'une politique ou d'une filière des politiques.

La forme de la décentralisation dépend, dans une large mesure, des raisons de son adoption. C'est là une question complexe car on se propose souvent d'atteindre des objectifs différents qui ne nécessitent pas obligatoirement la même forme de décentralisation.

Les politiques ont généralement des objectifs explicites et implicites. Les objectifs explicites sont officiellement énoncés par les décideurs et constituent la raison d'être de la décentralisation, alors que les objectifs implicites influent sur les décisions mais ne sont pas énoncés expressément. Les objectifs tant implicites qu'explicites peuvent être politiques, économiques ou organisationnels. Parmi les objectifs politiques

figurent l'instauration d'une démocratie, une meilleure participation de la population, la transparence, l'amélioration de la communication entre les échelons central et locaux, le soutien des électeurs, etc. Les objectifs économiques sont la réduction des dépenses publiques, l'élargissement de la base de ressources et la stimulation de la production ou de l'emploi au niveau local. Les objectifs organisationnels sont généralement en rapport avec l'augmentation de l'efficacité, de la coordination, de la souplesse et de la sensibilité ainsi qu'aux autres facteurs qui influent sur la qualité des prestations.

Certains objectifs se classent dans plusieurs catégories. Par exemple, la participation de la population peut avoir des avantages économiques et organisationnels et constituer aussi un objectif politique. De même, l'amélioration de l'efficacité dans l'utilisation des ressources est à la fois un objectif économique et organisationnel et peut, à terme, présenter des avantages politiques. Dans d'autres cas cependant, il y a une nette distinction parfois des conflits : il n'est pas facile, par exemple, de concevoir un système de décentralisation entraînant à la fois des réductions significatives des dépenses publiques et une amélioration de la qualité des prestations. Dans d'autres cas, les objectifs politiques peuvent pousser à décentraliser vers un nombre de districts accru et à réduire l'influence des autorités régionales. Toutefois, la gestion pourrait gagner à ce qu'un échelon régional puissamment soutienne les districts.

Quels sont les objectifs des divers acteurs ? Quels sont les avantages escomptés de la décentralisation ? La décentralisation est-elle considérée comme une fin en soi ne nécessitant aucune autre justification ou en attend-on des avantages manifestes ? Si oui, qui doit en profiter et comment ?

Les donateurs peuvent être un important élément moteur de toute réforme du secteur de la santé. Quelle a été la position des principaux donateurs à l'égard de la décentralisation ? Des organisations ont-elles préconisé une forme ou une *filière* particulière de décentralisation ? La décentralisation fait-elle partie des conditions imposées pour l'octroi d'une aide ?

La décentralisation nécessite beaucoup d'argent et de temps. En a-t-on tenu compte de façon explicite ? Comment a-t-on analysé les coûts et les avantages escomptés ?

Les étapes du processus de formulation des politiques sont bien connues : adoption d'un ordre du jour, analyse des options, adoption et mise en œuvre des options choisies. Il est cependant utile de ne pas perdre de vue qu'il ne s'agit pas là des étapes successives d'un processus rationnel.

Quel processus de consultation a eu lieu ? Comment a-t-on concilié les différents points de vue ? A-t-on identifié des groupes de *gagnants* et de *perdants* au cours du déroulement de la filière des politiques ? La détermination des parties prenantes est un procédé utile pour examiner ces questions et on peut l'utiliser à ce stade.

## COMPOSANTE 2

### STRATEGIES, MOYENS DE LES APPLIQUER ET COUT DE LEUR MISE EN OEUVRE

- |     |   |
|-----|---|
| 2.1 | Expérimentation à échelle réduite et mise en oeuvre à échelle normale     |
| *   | Projets pilotes et expérimentation  |
| *   | Echelonnement   |
| *   | Mise en oeuvre immédiate à échelle normale                                |
| 2.2 | Cadre réglementaire   |
| *   | juridique   |
| *   | administratif   |
| *   | contractuel   |
| 2.3 | Méthodes de renforcement des capacités                                    |
| *   | formation du personnel à différents niveaux et dans diverses institutions |
| *   | élaboration de systèmes   |
| *   | appui technique   |
| 2.4 | Restructuration   |
| *   | restructuration des niveaux et institutions existants                     |
| *   | création de nouveaux niveaux et institutions                              |
| *   | suppression de niveaux et institutions existants                          |
| 2.5 | Coût de la mise en oeuvre   |
| *   | investissements   |
| *   | coûts récurrents  |
| *   | temps et efforts nécessaires  |

La deuxième composante du cadre porte sur les diverses stratégies utilisées pour permettre d'appliquer les politiques ainsi que sur les coûts de la mise en place d'un système décentralisé fiable. Dans la pratique, il y a souvent un décalage entre la formulation des politiques et leur mise en oeuvre pour diverses raisons politiques, économiques et organisationnelles. Plusieurs stratégies et options courantes pour faciliter l'exécution sont brièvement exposées ci-après. La liste n'est nullement exhaustive et d'autres moyens de traduire les politiques en action peuvent y être ajoutés.

## **2.1 Expérimentation à échelle réduite et mise en oeuvre à échelle normale**

A-t-on exécuté des projets pilotes et procédé à une expérimentation avant l'adoption de la politique finale ? Lors de la conception et de l'évaluation de ces projets pilotes à échelle réduite, a-t-on pris en compte les problèmes posés par leur extrapolation à l'échelle du pays ?

Les projets pilotes et l'expérimentation peuvent être utilisés pour des raisons tant techniques que tactiques. Les projets pilotes permettent généralement d'éprouver la faisabilité et l'efficacité de la décentralisation sur une échelle réduite sans qu'il soit nécessaire d'engager des ressources importantes ni de prendre les risques politiques que comporte une expérimentation à grande échelle. Sur le plan technique, il est surtout nécessaire d'essayer un ou plusieurs modèles de décentralisation des responsabilités pour vérifier l'efficacité d'une telle mesure. Sur le plan tactique, il s'agit principalement d'obtenir un consensus et un engagement des principales parties prenantes pour l'adoption ou la mise en oeuvre de telle ou telle politique de décentralisation. Le problème le plus fréquent posé par les projets pilotes est dû au fait qu'ils ne tiennent pas compte des conditions et des ressources nécessaires pour être reproduits et appliqués à l'échelle du système.

La mise en oeuvre a-t-elle eu lieu de façon échelonnée afin de renforcer les capacités dans toute la mesure nécessaire ? Afin aussi de permettre une adaptation et un apprentissage au cours d'un processus graduel d'exécution ?

La décentralisation a-t-elle été appliquée en une seule fois dans tout le pays ? Souvent, les raisons de procéder ainsi ont un caractère politique. Lorsque cela s'est fait, comment a-t-on évalué les risques et les avantages potentiels ?

## **2.2 Cadre réglementaire**

La décentralisation peut être sanctionnée par toute une série de mesures juridiques, politiques et administratives. Il s'agit le plus souvent d'une modification de la constitution ou de l'adoption d'une loi, ou de la promulgation d'un décret de politique générale, d'un règlement administratif officiel ou d'instructions administratives informelles. A cette liste s'ajoutent les accords contractuels utilisés pour transférer des responsabilités du secteur public au secteur privé et, de plus en plus, les dispositions contractuelles ou les relations de marché intérieures adoptées au sein du secteur public lui-même. Les mesures choisies influenceront la permanence

ou la stabilité de toute forme de décentralisation étant donné que certains instruments de politique générale peuvent être modifiés plus aisément que d'autres. C'est ainsi qu'il est plus difficile de changer une politique faisant l'objet d'une loi ou, a fortiori, un article de la constitution, qu'une autre fondée uniquement sur des décisions administratives.

Quels sont les lois et décrets qui régissent les différentes filières de la décentralisation ? Souvent, des lois concernant différents aspects de la décentralisation comme les administrations locales, les assurances-maladies et l'administration hospitalière sont élaborées et proposées par des groupes distincts. Il peut en résulter, parfois involontairement, des systèmes concurrents plutôt que complémentaires. Comment a-t-on résolu les conflits qui en ont résultés ?

Quels sont les règlements administratifs qui ont été élaborés pour modifier le comportement des prestataires dans le secteur public et dans les institutions non gouvernementales ? Comment utilise-t-on les contrats pour décentraliser des fonctions particulières en les confiant à des institutions publiques et privées ? Des contrats basés sur la performance et conclus avec des ONG sont de plus en plus utilisés pour déléguer des responsabilités et des pouvoirs tout en maintenant un contrôle étroit en insistant davantage sur l'obligation de rendre compte.

### **2.3 Méthodes de renforcement des capacités**

Cette question est souvent examinée mais les résultats peuvent être difficiles à obtenir. Ils dépendent de facteurs importants : capacité du personnel à assumer ses nouvelles responsabilités et mise en place de systèmes de gestion et d'appui, par exemple des systèmes de gestion financière conformes aux nouvelles exigences. Un développement des personnels et des systèmes s'impose à l'échelon central et aux niveaux périphériques.

La formation de fonctionnaires de planification de district et d'équipes de gestion sanitaire de district a été l'une des activités de renforcement des capacités les plus couramment pratiquées. Quel équilibre a été réalisé entre les méthodes de participation basées sur la résolution des problèmes et une formation plus didactique axée sur l'acquisition de certaines compétences ? La formation a-t-elle été adaptée aux conditions dans lesquelles les nouveaux planificateurs et gestionnaires doivent travailler ? Quel degré d'attention a-t-on accordé à la réorientation du personnel au niveau central ? Quels ont été les résultats de la réorientation et de la formation ?

La formation seule ne suffit cependant pas. Pour être efficace, la décentralisation doit mettre l'accent sur la gestion. L'effectif et les titres du personnel requis peuvent changer considérablement. A-t-on nommé les gens qu'il fallait aux échelons et dans les institutions décentralisées ? Le personnel du niveau central a-t-il été réduit ? A-t-on veillé à ce que le personnel acquière les nouvelles compétences requises pour la formulation des politiques, la réglementation et la surveillance ? Comment s'y est-on pris ? Y a-t-il eu une résistance quelconque dans les groupes professionnels ? Comment l'a-t-on surmontée ?

Les systèmes de gestion ont-ils été réformés pour refléter les changements apportés aux fonctions à différents niveaux et dans différentes situations ? A-t-on mis au point de nouvelles procédures, protocoles ou directives ?

#### **2.4 Restructuration**

Les organisations existantes doivent être restructurées pour favoriser les nouvelles fonctions qui doivent être assumées par les différentes parties du système soumis à la décentralisation. De nouveaux organes peuvent être créés, par exemple un secrétariat de la décentralisation dans le Cabinet du Président ou du Ministre des Administrations locales, ou une équipe de mise en oeuvre de la réforme au sein du ministère de la santé.

Quelles ont été les principales caractéristiques de la restructuration aux niveaux et dans les institutions visés ? A-t-on réorganisé des programmes verticaux ou catégoriels ? Quelle a été la réaction des groupes professionnels et des autres parties prenantes à la réorganisation ? Quels nouveaux organismes ont-ils été créés ? Sont-ils temporaires ou permanents ? Font-ils partie d'un ministère existant ou se situent-ils en dehors de l'administration centrale ?

Il importe en outre de déterminer si l'objet de la restructuration a été exposé clairement, si l'on a clairement défini les nouvelles fonctions des différents niveaux et si les nouveaux systèmes de communication et de compte rendu ont été bien compris. La conformité des structures organisationnelles avec les objectifs de politique générale doit être soigneusement examinée. S'attend-on à ce que les districts dispensent des soins de santé d'une manière intégrée tandis que l'on continue à s'appuyer sur des programmes verticaux pour s'assurer la loyauté du personnel et obtenir les fonds prévus ?

Y a-t-il un niveau intermédiaire entre le district et le centre ? Comment ont évolué les fonctions à ce niveau ? Ce niveau a-t-il été supprimé ou très diminué ? Qui va s'acquitter des fonctions précédemment exercées à ce niveau ? Il arrive souvent que lorsque les efforts de décentralisation sont entrepris pour des raisons politiques, on ait tendance à supprimer les niveaux intermédiaires pour se rendre compte ensuite que le niveau central est incapable d'assumer certaines fonctions de soutien essentielles. Une perspective gestionnaire devrait permettre d'élaborer une stratégie différente.

## **2.5 Coût de la mise en oeuvre**

Une décentralisation efficace est forcément coûteuse. Il importe de déterminer les coûts qui peuvent être directement associés aux efforts de décentralisation. De nouveaux investissements sont requis pour le renforcement des capacités et la restructuration à l'appui de la décentralisation, il faut aussi augmenter le montant global des dépenses d'exploitation du système de soins de santé. On devra tenir compte non seulement des coûts financiers mais aussi du temps nécessaire à l'introduction et à la gestion des changements.

Les dépenses d'investissement comprendront, par exemple, le temps et l'argent requis pour la formation, la mise en place de systèmes de gestion et l'élaboration de nouvelles procédures et manuels. La construction de bâtiments nouveaux et la modernisation de locaux existants (établissements de santé et bureaux) ainsi que l'acquisition de matériel médical et de bureau et de véhicules sont des postes coûteux souvent associés à la décentralisation; il en va de même pour les logements du personnel nouveau.

Les coûts récurrents concernent des postes tels que les traitements et les incitations du personnel nouveau, les communications supplémentaires, les systèmes d'information élargis et les dépenses administratives additionnelles.

### COMPOSANTE 3

#### FORMES DE DECENTRALISATION

- 3.1 Niveaux et institutions nouveaux et restructurés
- 3.2 Fonctions et liaisons clés
- 3.3 Responsabilités et pouvoirs
- 3.4 Obligation de rendre compte

Dans cette partie de l'analyse, on va examiner la forme particulière que revêt la décentralisation. Il s'agit d'évaluer la *forme effective* par opposition à celle qui était recherchée au départ d'après les documents officiels. Etant donné la diversité des *filières* de la politique de décentralisation, il est nécessaire d'examiner la même série de questions pour chacune des *filières*.

La composante 3 porte sur les structures effectivement en place, sur les fonctions clés exercées actuellement, et sur les liaisons entre les différents niveaux et institutions. On examinera aussi les responsabilités et les pouvoirs effectivement dévolus. En outre, on déterminera l'obligation de rendre compte qui incombe aux unités nouvellement décentralisées.

L'analyse de cet ensemble composite et de l'effet global des différentes parties de la politique de décentralisation qui peuvent être ou ne pas être coordonnées constitue un aspect essentiel. Dans de nombreux pays, cette analyse révèle une situation confuse et conflictuelle, du moins pendant les phases initiales de la décentralisation. S'il en est ainsi, c'est du moins en partie parce que les différentes filières de la décentralisation relèvent de différents groupes et parties prenantes dont les valeurs et objectifs sont différents.

A titre d'exemple, on trouvera ci-après quelques-unes des questions à poser au sujet de chacune des sous-sections.

### **3.1 Niveaux et institutions nouveaux et restructurés**

Quels sont les nouveaux échelons administratifs (région, province, district, village) et institutions (comité de développement de district, autorité sanitaire régionale ou de district, conseil régional ou districale de la santé, comités de gestion des hôpitaux) qui ont été effectivement créés ?

Des niveaux ou institutions ont-ils été supprimés ou déclassés ?

Quelles sont les principales caractéristiques des nouvelles structures, y compris toute réorganisation au niveau national/central ? Il convient de comparer les organigrammes anciens et nouveaux.

### **3.2 Fonctions et liaisons clés**

Quelles sont les fonctions clés effectivement exercées par les niveaux et institutions nouveaux ou restructurés ?

Le niveau ou institution nouvellement décentralisé est-il simplement responsable du secteur de la santé ou d'un groupe de secteurs ?

Dans le secteur de la santé, la décentralisation vise-t-elle tous les services de santé ou simplement certains aspects du système de prestation des services, tels que les services de la santé publique, la planification familiale, l'hygiène de l'environnement, les services de santé individuels, les soins de santé primaires ? Tous les services et tous les établissements sanitaires, y compris les hôpitaux, qui se trouvent dans une zone géographique donnée vont-ils être décentralisés ? Existe-t-il des dispositions distinctes pour les zones urbaine et rurale ? L'unité décentralisée n'est-elle responsable que de groupes limités d'utilisateurs bien définis comme les employés de l'Etat ou des membres d'une coopérative ?

Quelles liaisons a-t-on établies entre les différents niveaux et institutions ? Quels mécanismes d'information et de communication a-t-on mis en place ?

Fonctionnent-ils de façon satisfaisante ?

### 3.3 Responsabilités et pouvoirs

Il n'est pas rare que l'on délègue des responsabilités sans les assortir des pouvoirs correspondants. Dans la présente sous-section, on examinera les principales responsabilités effectivement déléguées en même temps que les changements survenus dans la répartition des pouvoirs.

Quelles responsabilités ont été effectivement attribuées à l'unité nouvellement décentralisée ? Quels pouvoirs lui ont été effectivement délégués pour exercer de nouvelles fonctions et s'acquitter de nouvelles responsabilités ? Lui a-t-on alloué des ressources au moyen d'une subvention forfaitaire ? A-t-on établi un contrat basé sur les performances avec un budget global ? L'unité peut-elle prendre des décisions pour la constitution d'un capital ? A-t-elle le droit de sous-traiter des services d'appui ? D'acquérir des services spécialisés dans le secteur public et le secteur privé ?

L'unité décentralisée est-elle autorisée à recruter et à licencier ? A muter le personnel ? A fixer les traitements ? Certains groupes professionnels sont-ils exclus de ces dispositions ?

Etant donné que la composante 4 traite longuement des processus et systèmes d'organisation correspondant aux domaines de compétence les plus fréquemment délégués dans un système décentralisé, il suffira d'énumérer les domaines de compétence effectivement délégués en indiquant avec quels pouvoirs ces compétences sont exercées.

### 3.4 Obligation de rendre compte

Les unités décentralisées peuvent devoir rendre compte à des types d'acteurs très différents : électorat, échelons administratifs supérieurs, ou conseils d'administration ou de gestion spécialement constitués. Les membres des conseils peuvent être nommés ou élus, ou bien l'on peut recourir à une combinaison de ces deux méthodes.

En travaillant sur les questions susmentionnées, il importe de ne pas seulement décrire la situation effective résultant du processus de décentralisation. Il faut faire une *comparaison* entre :

- ▶ ce qui était en place avant que l'on décide d'entreprendre l'étude de décentralisation;

- ▶ ce que l'on escomptait, d'après les déclarations et documents officiels de politique générale; et
- ▶ ce qui est effectivement en place et en état de fonctionner actuellement,

comparaison qui servira de base à l'étude ultérieure proposée dans les composantes 4 et 5.

## COMPOSANTE 4

### EVOLUTION DES SYSTEMES DE SANTE : PROCESSUS ET SYSTEMES D'ORGANISATION

- 4.1 Elaboration des politiques de santé
- 4.2 Evaluation des besoins, et information pertinente
- 4.3 Planification et allocation des ressources
- 4.4 Financement de la santé et gestion financière
- 4.5 Planification et gestion des ressources humaines
- 4.6 Coordination intersectorielle
- 4.7 Participation des usagers

On examine ici les changements intervenus dans les processus des systèmes d'organisation du secteur de la santé qui, pense-t-on, influenceront ensuite sur la distribution, la qualité et l'efficacité des services. Les processus d'organisation à examiner sont ceux qui concernent la formulation des politiques de santé et les divers aspects de la planification et de la gestion sanitaires. La recherche d'une participation accrue de la population et d'une meilleure coordination figure fréquemment au premier rang des raisons évoquées pour la décentralisation. L'analyse examine donc aussi dans quelle mesure la forme de décentralisation adoptée modifie la portée ou l'étendue de la participation des usagers dans les soins de santé, et quel est l'effet de la décentralisation sur la coordination entre le secteur de la santé et les autres.

Les processus d'organisation peuvent évoluer pour des raisons très diverses, dont beaucoup ne sont pas liées à la décentralisation. S'il est nécessaire d'être conscient de ces influences et d'autres encore, il importe aussi d'essayer d'établir une relation entre la forme de décentralisation et ses effets sur le fonctionnement des systèmes de santé. C'est ainsi que le processus de planification et de budgétisation sanitaire peut avoir été influencé par de nombreux facteurs, notamment les programmes de formation, les programmes verticaux financés par les donateurs, les directives concernant la planification, les réductions des dépenses publiques pour la santé, etc. Ce qui nous intéresse, cependant, c'est l'évolution du processus imputable à la décentralisation.

Les questions à poser vont donc varier selon la forme de décentralisation et la situation du pays concerné. On trouvera ci-après, à titre d'exemple, quelques questions relatives à certains processus d'organisation. Il est difficile de traiter chaque processus isolément, et la plupart des questions examinées ci-après sont interdépendantes.

#### **4.1 Elaboration des politiques de santé**

La décentralisation a-t-elle modifié le processus d'analyse et de formulation des politiques ? Quels aspects des politiques sont-ils examinés aux divers niveaux du système ? L'influence relative des individus et organisations impliqués dans le processus de formulation des politiques a-t-elle évolué ? Quels changements de fait des politiques peut-on observer ? Comment et par qui ont-ils été provoqués ? Comment et par qui l'exécution des politiques est-elle contrôlée ?

Le problème, évidemment, est qu'il faut non seulement déterminer les changements de politique liés à la décentralisation, mais aussi, et c'est sans doute le plus important, ce qui constitue effectivement une politique de santé. Il est extrêmement utile d'identifier les questions qui sont perçues comme prioritaires, de montrer comment le calendrier d'élaboration de la politique sanitaire a changé depuis le début, et d'examiner comment sont traités des problèmes particuliers. Cette approche sera sans doute plus fructueuse qu'une analyse de documents de politique générale qui permet d'éviter les sujets de controverse en faisant des déclarations d'intention n'engageant à rien.

#### **4.2 Evaluation des besoins, et information pertinente**

Quels sont, à chaque niveau, les mécanismes en place pour évaluer les besoins sanitaires ? Qui y participe ? De quels méthodes et instruments se sert-on ? Avec quelle fréquence évalue-t-on l'évolution des besoins ? Comment l'évaluation des besoins locaux influe-t-elle sur la forme ou le contenu des prestations ? Comment l'évaluation des besoins influe-t-elle sur les décisions relatives à la sous-traitance de services auprès de missions, d'ONG ou de prestataires privés ? Quelle est la relation entre l'évaluation des besoins locaux et l'exécution des programmes nationaux prioritaires ?

La sensibilité du système aux besoins sanitaires est un important élément de la qualité qui sera examiné plus avant dans le cadre de la prochaine composante.

Le processus de collecte, d'analyse et d'utilisation de l'information sur la gestion a-t-il évolué avec la décentralisation ? Les changements de responsabilité concernant la planification et l'allocation des ressources ont-ils entraîné une utilisation accrue de l'information au niveau local ?

La modification des pouvoirs concernant l'allocation des ressources devrait entraîner des changements dans la collecte et l'utilisation de l'information ainsi que dans la manière dont est perçue l'importance des systèmes d'information.

#### **4.3 Planification et allocation des ressources**

Qui est maintenant responsable, et à quel niveau ? Dans quelle mesure la décentralisation a-t-elle modifié le rôle des professionnels de la santé par rapport à celui des gestionnaires non spécialisés, des fonctionnaires ou des politiciens ? La responsabilité de préparer des plans s'accompagne-t-elle d'une délégation des pouvoirs et des ressources nécessaires ? Quelle latitude les responsables locaux ont-ils pour faire des virements entre les postes et les programmes ?

Si les autorités locales ont reçu les pouvoirs nécessaires pour préparer des plans, sont-elles en mesure de s'acquitter de leurs responsabilités ? Quelles sont les préoccupations professionnelles et les intérêts politiques des responsables de la planification ? Dans quelle mesure les changements éventuels ont-ils modifié la nature et la portée des décisions concernant l'allocation des ressources qui sont prises à différents niveaux et par différentes institutions ? Le niveau central a-t-il mis au point une formule pour répartir équitablement les ressources ?

Si un comité de développement de district ou un conseil de gestion sanitaire a été chargé de la planification sanitaire, comment cela s'est-il manifesté en pratique ? Qui est maintenant concerné ? Quels sont les intérêts professionnels et politiques représentés au sein du comité ou conseil ? Quels types de décision le comité ou conseil prend-il au sujet de l'allocation des ressources ? Quelles décisions laisse-t-il aux professionnels de la santé ?

Dans le cas où le contrôle exercé par une administration locale augmente, la santé risque de ne pas occuper le même rang de priorité que par le passé, ce qui pose un problème. Il peut avoir été sciemment décidé d'allouer une part accrue des ressources à d'autres secteurs ou bien l'administration locale peut être à court de fonds pour mener à bien ses propres opérations. A-t-on réservé des fonds pour les

activités de santé publique en les protégeant par l'ouverture d'un compte en banque distinct ?

On s'intéresse de plus en plus aux transferts de responsabilités du secteur public au secteur privé. Au niveau local, une autorité sanitaire de district peut être habilitée à sous-traiter l'entretien et la réparation des véhicules et, au niveau national, le ministère de la santé peut avoir le pouvoir de sous-traiter l'achat et la distribution des médicaments. Comment les districts et les institutions locales gèrent-ils ce processus ? Comment les différentes parties ont-elles réagi face à une situation nouvelle où les conseils de santé de district et/ou les institutions prestataires sont habilités à louer des services spécialisés ou autres ?

#### **4.4 Financement de la santé et gestion financière**

Comment la responsabilité du financement de la santé a-t-elle évolué du fait de la décentralisation ? Que s'est-il passé dans les pays où l'administration locale doit assumer une part de cette responsabilité ? Les autorités locales ont-elles été en mesure de faire face à leurs engagements ?

Le montant global des ressources financières s'est-il accru ? Le nombre de différentes sources de financement a-t-il augmenté ? Quelles stratégies utilise-t-on pour se procurer des recettes locales ?

Les recettes provenant des contributions des usagers et autres nouvelles sources de financement sont-elles allouées par des acteurs différents de ceux qui répartissent le budget ordinaire de l'Etat au niveau central et local ? Comment concilie-t-on les deux (ou davantage) systèmes d'allocation des ressources ?

Comment les responsabilités de la gestion financière ont-elles évolué à chaque niveau après la décentralisation ? Les méthodes comptables permettent-elles de contrôler les dépenses ou les variations des coûts ? Qui utilise maintenant cette information et dans quels buts ?

Les ONG, missions et autres prestataires privés sont-ils libres de fixer leurs propres prix ? De quels mécanismes dispose-t-on pour contrôler les prix des soins de santé privés ?

#### **4.5 Planification et gestion des ressources humaines**

Les conditions d'emploi du personnel ont-elles changé ? Le personnel de district est-il encore employé par le ministère de la santé ou a-t-il été muté dans les administrations locales ? Dans quelle mesure les dirigeants locaux sont-ils libres de fixer l'effectif et le dosage du personnel dont ils ont besoin ? Comment l'échelon central exerce-t-il un contrôle sur la planification du personnel ? Dans quelle mesure et pour quelles catégories de personnel les dirigeants locaux contrôlent-ils les affectations et les mutations ? De quelles sanctions ou incitations les dirigeants disposent-ils pour tenter d'améliorer les performances de leur personnel ? Les institutions sanitaires de district et autonomes fixent-elles leurs propres barèmes des traitements et incitations ? Les districts et institutions les plus riches sont-ils en mesure d'attirer un personnel mieux qualifié ?

Le contrôle du personnel est à la fois une question importante et un sujet de controverse lors de la mise en oeuvre de la décentralisation. Si le personnel continue à relever d'un échelon supérieur du système ou de son ministère de tutelle, les autorités de district ne sont guère en mesure d'imposer leur autorité. Par ailleurs, le personnel des services de santé considère souvent les services des administrations locales comme inférieurs à ceux des administrations centrales et les ministères de la santé répugnent à ne plus exercer un contrôle sur leur personnel technique. En l'absence d'autres incitations, le personnel de l'échelon du district sera peu enclin à travailler dans une administration locale s'il n'existe aucune possibilité manifeste de promotion à des postes régionaux ou nationaux.

#### **4.6 Coordination intersectorielle**

Les avocats de la décentralisation vers les administrations locales font observer qu'une telle mesure améliore largement la coordination intersectorielle et ouvre la voie à une action intersectorielle novatrice, notamment dans les secteurs de l'agriculture, de l'éducation et de l'environnement.

Comment les différentes filières de décentralisation modifient-elles la manière dont les différents organismes sectoriels coopèrent et coordonnent leurs activités ? Quelle forme cette coordination revêt-elle en pratique ? Dans quelle mesure la décentralisation a-t-elle renforcé la promotion du développement sanitaire ? D'autres secteurs ont-ils commencé à se préoccuper davantage des répercussions sanitaires de leurs activités ?

#### 4.7 Participation des usagers

Quels canaux ont-ils été ménagés à chaque niveau du processus de décentralisation pour une participation de la population ? Dans quelle mesure répondent-ils aux besoins et attentes des usagers ? Quelle est l'influence des organes représentatifs ? Quel est leur statut officiel ? Quels groupes d'intérêts de la communauté représentent-ils ? Quelle forme la participation de la population revêt-elle ? Quels processus sont-ils influencés par la participation de la population ? Quels types de décision adopte-t-on en cas d'intervention de la population ?

La participation de la population est une question essentielle en matière de décentralisation et doit être évaluée en fonction de chacun des processus examinés dans la présente section.

**COMPOSANTE 5**  
**EVOLUTION DES SYSTEMES DE SANTE :**  
**EQUITE, EFFICIENCE ET QUALITE DES SERVICES**

- |     |   |
|-----|---|
| 5.1 | Ensemble des ressources financières du secteur public |
| 5.2 | Plan général d'allocation des ressources              |
| 5.3 | Rapport dépenses/produits                             |
| 5.4 | Distribution des ressources humaines                  |
| 5.5 | Utilisation   |
| 5.6 | Disponibilité et gamme des services                   |
| 5.7 | Evolution des systèmes d'appui                        |
| 5.8 | Disponibilité des médicaments essentiels              |

La dernière composante de cette analyse examine l'effet des changements intervenus dans le fonctionnement du système sur sa performance effective, c'est-à-dire sur l'équité, l'efficacité et la qualité des services de santé. A cette fin, on définit un certain nombre d'indicateurs qui devraient changer sous l'effet des changements d'organisation envisagés dans la section précédente.

L'analyse doit comporter deux phases distinctes. Au cours de la première, on examinera l'évolution des indicateurs choisis sur une certaine période. Dans la seconde, on interprètera ces changements et l'on déterminera dans quelle mesure les changements observés peuvent être raisonnablement attribués à la décentralisation. Il faudra pour cela obtenir un tableau relativement complet des événements critiques et des facteurs contextuels pertinents susceptibles de mieux expliquer les changements que la décentralisation.

Les indicateurs énumérés ci-après ont été choisis en raison de leur importance en tant qu'indicateurs de performance, mais aussi parce que l'on prévoit que l'information requise sera relativement facile à obtenir à l'aide des systèmes d'information courants. Dans certains

pays, toutefois, il faut s'attendre à rencontrer quelques difficultés pour obtenir des données précises portant sur plusieurs années. On se rend également compte que souvent, l'information en provenance du secteur privé sera au mieux incomplète. La plus grande partie de l'analyse devra donc se limiter au secteur public.

## **5.1 Ensemble des ressources financières du secteur public d'après le type et le montant**

Un changement est-il intervenu :

- ▶ dans le montant total
- ▶ dans le montant par source
- ▶ dans le nombre et le type de sources

Les sources de financement les plus fréquentes à prendre en considération sont les impôts nationaux et locaux, l'assurance, diverses formes de contributions des usagers et l'aide extérieure.

## **5.2 Plan général d'allocation des ressources**

### **Secteur public**

Dans le budget national de la santé, y a-t-il eu un changement dans la répartition des ressources

- ▶ entre les soins primaires, secondaires et tertiaires
- ▶ entre les investissements et les coûts récurrents
- ▶ parmi les coûts récurrents, entre les salaires, les médicaments et les autres dépenses d'exploitation
- ▶ entre les zones urbaines et rurales
- ▶ entre les districts

Lorsque la contribution nationale au district est remise aux administrations locales sous forme d'une subvention forfaitaire, quelle est la proportion du budget des districts est consacrée à la santé ? Y a-t-il de grandes différences entre districts ?

Lorsque la contribution nationale au budget sanitaire des districts se fait sous la forme d'un budget global, y a-t-il eu un changement dans la répartition des ressources ?

- ▶ entre les soins primaires, secondaires et tertiaires
- ▶ entre les investissements et les coûts récurrents

- ▶ parmi les coûts récurrents, entre les salaires, les médicaments et les autres dépenses d'exploitation
- ▶ entre les zones urbaines et rurales

Le schéma de répartition des ressources varie-t-il largement entre les districts ?

Comment les fonds mobilisés localement sont-ils répartis (par source : impôts locaux, assurance; contributions des usagers)

- ▶ entre les investissements et aux coûts récurrents ?
- ▶ parmi les coûts récurrents, entre les traitements, les médicaments et les autres dépenses d'exploitation ?
- ▶ entre les différents niveaux de soins
- ▶ entre les différents types de programmes

### **Secteur privé**

Quelle est la proportion des dépenses totales du secteur de la santé qui va au secteur privé ?

## **5.3 Rapport dépenses/produits**

Lorsque l'on dispose de cette information, le coût par unité de produit permet d'analyser les tendances de l'efficacité, et lorsqu'elle est difficile à obtenir, les coûts récurrents globaux (ou le total des estimations budgétaires pour les coûts récurrents) correspondant à des produits déterminés constituent un indicateur de rechange acceptable.

Les produits suivants pour lesquels on dispose généralement de données par district, par installation et pour l'ensemble du pays peuvent être envisagés :

- ▶ consultations externes dans les hôpitaux et dans les centres de santé
- ▶ consultations dans les dispensaires prénatals
- ▶ nombre d'enfants entièrement vaccinés

Au cours des phases initiales de la décentralisation, il arrive souvent que les dépenses augmentent tandis que les performances tendent à diminuer. En mesurant le rapport dépenses/produits à un moment donné, on risque d'obtenir une image faussée. Pour évaluer l'effet intégral de la décentralisation sur les coûts et les performances, il importe tout particulièrement d'analyser les tendances sur une période prolongée.

#### 5.4 Distribution des ressources humaines

La distribution du personnel de santé a-t-elle été modifiée ?

Il sera utile d'examiner les changements de dotation en personnel correspondant à différents types de prestataires de soins de santé, y compris les médecins et les infirmières. En outre, il convient de prendre en considération les mutations d'administrateurs et de comptables vers les niveaux et institutions décentralisées.

On doit analyser la répartition du personnel de l'Etat :

- ▶ entre les soins primaires, secondaires et tertiaires
- ▶ entre les districts
- ▶ entre les zones urbaines et rurales

Lorsque l'on possède les données nécessaires, on analysera les mouvements du personnel du secteur public vers le secteur privé et l'accroissement général des effectifs du secteur privé.

#### 5.5 Utilisation

Il est souhaitable de ventiler les données, au moins par sexe et par âge, afin d'obtenir un tableau détaillé de l'utilisation des services par les diverses sections de la population. Lorsque cela est possible, on examinera cette utilisation dans les secteurs public et privé.

On peut obtenir une indication approximative de l'accès aux soins en comparant leur utilisation

- ▶ entre les districts (compte tenu de la population)
- ▶ entre les zones urbaines et rurales
- ▶ entre les installations primaires et autres
- ▶ entre ceux qui vivent très près d'un établissement sanitaire et les autres dans l'aire d'attraction théorique.

Il convient également de tenir compte dans cette analyse des variations de tendances entre les différentes parties du pays.

## 5.6 Disponibilité et gamme des services

Y a-t-il eu un changement dans la gamme de services disponibles ?

- ▶ dans les centres de santé
- ▶ dans les hôpitaux de district
- ▶ dans les hôpitaux tertiaires

Y a-t-il des services disponibles sur une base journalière ?

Y a-t-il eu un changement dans les horaires de fonctionnement

- ▶ des centres de santé
- ▶ des hôpitaux de district
- ▶ des hôpitaux tertiaires

## 5.7 Evolution des systèmes d'appui

Une supervision convenable du personnel associée à une formation continue est un important élément d'une bonne gestion qui aide à maintenir et à améliorer les normes cliniques. Elle peut être assurée de diverses manières, notamment lors de visites directes dans les établissements de santé, par la mise sur pied de réunions régulières du personnel des différents établissements du district, par un programme de formation continue et par une formation en cours d'emploi. L'élaboration de protocoles cliniques écrits peut aussi constituer un indicateur d'une tendance à la normalisation de soins de bonne qualité. Il faut aussi examiner les innovations adoptées dans les domaines de la gestion des transports, par exemple en analysant les carnets de route, de l'entretien préventif et de la mise en place de systèmes de formation et d'incitation pour les chauffeurs.

Qu'indiquent les registres des visites d'inspection dans les établissements de santé ? Ceux des visites dans les administrations de district ? Quels sont les protocoles de prise en charge clinique dont disposent les établissements de santé ? Y a-t-il eu des changements depuis la décentralisation ? Les véhicules utilisés et en état de fonctionner sont-ils plus nombreux que précédemment ?

## 5.8 Disponibilité des médicaments essentiels

Cette information peut être difficile à obtenir sur une certaine période pour établir des tendances, mais elle n'en constitue pas moins un très utile indicateur de la qualité des soins.

Avec quelle fréquence et pendant combien de temps certains établissements de soins de santé primaires ont-ils été à court de médicaments essentiels tels que l'aspirine, la chloroquine et les antibiotiques courants ?