

---

# Indicateurs de santé et de planification familiale :

---

## Un outil pour les cadres de résultats

### Volume II

Office du Développement Durable  
Bureau Afrique  
Agence des Etats-Unis pour le Développement International

1999 octobre

# Remerciements

J'aimerais remercier sincèrement les nombreuses personnes qui ont contribué à ce document. Il convient de faire une mention spéciale d'Abraham Bekele, Economiste de la santé AFR/SD et d'Alex Ross, Conseiller en Politiques sanitaires AFR/SD pour leurs contributions généreuses à ce document, surtout pour l'élaboration des sections de Viabilité Financière et de Contexte Favorable, respectivement ; du Projet d'Assistance pour le Développement des Ressources humaines, notamment Paul Hopstock, Associé senior, pour ses conseils fort utiles et toute sa contribution à la section sur la Capacité Institutionnelle ; ainsi que de Roy Miller, Coordinateur du Suivi et de l'Evaluation du Projet LINKAGES, pour ses directives et son art à poser les questions difficiles. Un grand merci au Centre pour l'Information en Santé internationale, notamment à John Jerome et à Lisa Nichols pour leurs conseils techniques, pour avoir servi de secrétariat et pour avoir mis ensemble le produit final.

Mes remerciements à Hope Sukin, Chef, Division des Ressources humaines, Bureau Afrique, Office du Développement durable, pour son intérêt à ce document et son encouragement tout au long.

J'aimerais faire une mention spéciale de Katie McDonald (G/PHN), de Tom Bossert (Ecole de Santé publique d'Harvard), de Cathy Bowes (BHR/PVC), de Karen Tietjen (AFR/SD), de Karen Foreit (Projet POLICY), de Dan Kraushaar (Management Sciences for Health), d'Oscar Picazo (Banque mondiale) et de Rod Knight (Projet Evaluation) pour leurs commentaires dont nous leur sommes fort grés.

Enfin, une mention toute spéciale doit également être faite de Renuka Bery et du personnel du Projet SARA pour toute leur assistance aux niveaux de l'édition, de la conception et de la publication de ce document.

Subhi Mehdi  
Conseillère en Information, Suivi et Evaluation  
Bureau pour l'Afrique  
Office du Développement durable

# Table des matières

I. Introduction .....	1
II. Cadre conceptuel .....	3
A. Pérennisation de l'état de santé .....	3
B. La dichotomie des systèmes et de la demande .....	3
C. Facteurs externes: le contexte socioéconomique .....	4
III. Indicateurs de pérennisation .....	5
A. Pérennisation des indicateurs de systèmes .....	6
1. Pérennisation financière .....	6
a. Mobilisation de ressources .....	6
b. Octroi efficace et utilisation des ressources .....	10
2. Capacité institutionnelle .....	12
a. Planification et gestion .....	13
b. Ressources humaines .....	15
c. Systèmes d'information .....	18
c.1 Systèmes financiers .....	18
c.2 Systèmes d'information programmatique .....	19
d. Systèmes de logistique .....	20
3. Contexte favorable .....	21
a. Processus de politiques .....	22
b. Approches sur l'ensemble du secteur .....	25
c. Habilitation communautaire .....	27
B. Pérennisation des indicateurs de la demande .....	30
1. Capacité de payer .....	31
a. Mécanismes de protection .....	31
2. Attitude .....	32
a. Soutien communautaire .....	33
b. Communication pour le changement de comportement .....	35
c. Volonté de payer/utilisation .....	36

Annexe A: Glossaire

Annexe B: Indicateurs de pérennisation

Annexe C: Bibliographie

# Liste des figures

1. Le modèle du cadre des résultats PHN
2. Le cadre conceptuel de pérennisation
3. Indicateurs de pérennisation financière
4. Indicateurs de capacité institutionnelle
5. Indicateurs du contexte favorable
6. Indicateur sur la capacité de payer
7. Indicateurs sur les attitudes

# Sigles

AFR/SD	Office du Développement durable du Bureau Afrique
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
DBC	Distribution à base communautaire
MS	Ministère de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PIB	Produit intérieur brut
PIS	Programme d'Investissement sectoriel
PNB	Produit national brut
USAID	Agence des Etats-Unis pour le Développement international

## II. Cadre conceptuel

### A. Pérennisation de l'état de santé

Les cadres des Figures 1 et 2 partent du principe que les programmes de planification familiale et de santé existent pour améliorer l'Etat de Santé d'une population et cherchent à le réaliser par le biais de l'Utilisation Améliorée des Services de Santé, de Pratiques Sanitaires Améliorées ou des deux. Toutefois, le niveau le plus élevé des objectifs d'un programme, quel qu'il soit, dépend de ce qui se trouve dans l'intérêt gérable des unités opérationnelles. Ces concepts forment la base du modèle de la Figure 1, destinés à être utilisés pour la conception et le suivi des programmes de planification familiale et de santé. Ces programmes comportent quatre dimensions d'importance critique pour réaliser les effets souhaités au niveau de l'utilisation et de l'état de santé : Accès, Qualité, Demande et Pérennisation. Le Volume II commence là où s'arrête le modèle de la Figure 1 du Volume I; le cadre de pérennisation élargit la dimension de pérennisation dans le modèle précédent.

Notons que les indicateurs de l'accès, de la qualité et de la demande et les indicateurs de la pérennisation peuvent se recouper. Par exemple, les indicateurs de la pérennisation de la demande sont distincts des indicateurs de la demande actuelle. De même, les indicateurs de la capacité institutionnelle durable sont distincts des indicateurs de la capacité institutionnelle actuelle, généralement utilisés comme indicateurs de la qualité des services. Aussi, faut-il faire attention à distinguer entre ces indicateurs de la pérennisation et ceux se rapportant à l'accès, à la qualité et à la demande.

Quand les bailleurs de fonds parlent de la pérennisation, le débat passe rapidement aux questions de la responsabilité financière locale et au maintien de la viabilité des organisations de services. Ce document fera de même à une différence importante près : l'importance accordée à « la création et/ou au maintien de la demande pour des services de planification familiale et de santé et la volonté à adopter des comportements sains. »

Il existe des cas où l'état de santé est le mieux préserver en éliminant la nécessité d'un service continu (par exemple, pour l'éradication de la variole et bientôt de la poliomyélite, et quand les ressources deviennent disponibles, pour apporter à la plupart des habitants des services d'eau et d'assainissement, ainsi que la nécessité de pratiquer la thérapie de réhydratation orale). Mais, dans d'autres cas, l'état de santé est maintenu en modifiant la situation qui est la cause du problème (par exemple, les interventions de marché pour élargir l'accès à des aliments nutritifs de sorte à pouvoir éliminer les programmes de distribution de micro-nutriments et d'alimentation supplémentaire).

### B. La dichotomie des systèmes et de la demande

Le cadre de pérennisation distingue entre Pérennisation de Systèmes et Pérennisation de la Demande. Les deux sont nécessaires pour mettre en place un système autonome et viable qui maintient et améliore les effets au niveau de la santé.

Le modèle identifie trois composantes de la pérennisation des systèmes : Pérennisation Financière, Capacité Institutionnelle et Contexte Favorable. La pérennisation de la demande comporte deux composantes importantes : Capacité de Payer et Attitude. Chaque composante a des sous-éléments pouvant être vus comme des approches ou interventions de programme. Les sous-éléments de ce modèle

ne sont pas une liste exhaustive, mais représentent les programmes actuels qui traitent de la pérennisation. Les sous-éléments ne sont pas présentés en ordre hiérarchique et il n'existe pas forcément de liens de cause à effet entre eux.

Le modèle est conçu pour saisir les aspects dominants de la pérennisation, tels qu'ils existent actuellement dans le contexte des programmes de l'USAID en Afrique. AFR/SD reconnaît que d'autres modèles ou programmes peuvent intégrer des aspects de pérennisation qui sont uniques dans le contexte de leur pays.

### **C. Facteurs externes : le contexte socioéconomique**

Le Contexte Socioéconomique concerne un ensemble de facteurs contextuels qui contribuent à la pérennisation et dont il faut tenir compte au moment de concevoir, de réaliser et de mesurer la performance d'un programme de santé. Le niveau de développement économique d'un pays et la disponibilité correspondante de ressources pour soutenir un système de santé sont des facteurs initiaux importants pour déterminer les niveaux de pérennisation pouvant être atteints de manière réaliste sur une période donnée. Par exemple, un pays avec des revenus très faibles aura moins de ressources pour maintenir les programmes de planification familiale et de santé qu'un pays à revenus moyens. De même, un pays comptant essentiellement une population rurale et dispersée devra venir à bout de barrières entravant la pérennisation plus importantes que les barrières d'un pays plus urbanisé. Les pays socialistes avec un secteur privé inexistant ou peu développé rencontrent différents obstacles que les pays où les entreprises privées sont plus avancées. Le niveau de décentralisation d'un pays – essentiellement, la décentralisation du secteur de la santé publique – est un autre aspect dont il faut tenir compte. La maturité d'un programme peut déterminer le type de questions de pérennisation que rencontre ce programme. Ces aspects peuvent influencer la pérennisation et la demande des systèmes de planification familiale et de santé et il faut en tenir compte lors de l'étape de conception et tout au long de la mise en œuvre des programmes de planification familiale et de santé.

### III. Indicateurs de pérennisation

Ce document ne présente pas une liste exhaustive des indicateurs pour mesurer la pérennisation. Il présente des indicateurs qui sont déjà utilisés, des indicateurs pour lesquels les données sont disponibles et qui saisissent les aspects pertinents de la pérennisation en fonction du modèle développé. Les indicateurs se destinent à être des outils de mesure et des directives sur leur utilisation sont incluses dans la section discussion pour chaque indicateur. Un grand nombre des facteurs, notamment le contexte spécifique du pays, peuvent influencer l'utilisation des indicateurs en tant que mesure adéquate de la pérennisation. En appliquant les indicateurs, les responsables de programme devraient envisager les questions suivantes :

- Est-ce que la conception du programme traite spécifiquement de la question de la pérennisation ? Comment la pérennisation est-elle prise en compte ?
- Est-ce que les interventions étaient conçues pour aboutir à des impacts à court terme ou dans le plus long terme ? Existe-t-il une relation logique entre les interventions et les mesures de l'impact durable ?
- Est-ce que les interventions ont abouti aux résultats à court terme et à terme intermédiaire qui étaient escomptés (à savoir, transfert de connaissance, rénovation des locaux, etc.) ? (Si les résultats à court terme n'étaient pas obtenus, est-il raisonnable de penser que des résultats à plus long terme sont possibles ?)
- Quels sont les éléments du programme qui sont les plus importants à examiner du point de vue pérennisation ? Où est-il le plus important qu'un programme ait un impact durable ?
- Quels sont les indicateurs spécifiques de la pérennisation qui conviennent le mieux aux interventions réalisées ? Existe-t-il un ensemble minimum d'indicateurs qui est nécessaire pour mesurer la pérennisation du programme ?
- Quelles sont les diverses manières (le cas échéant) dont il faudrait modifier les indicateurs de pérennisation pour qu'ils conviennent au programme ?
- Quelles normes de performance liées aux indicateurs de pérennisation faudrait-il adopter qui soient réalisables et déterminées dans le temps ?
- Si le programme ne répond pas aux normes de pérennisation, quelles sont les autres approches programmatiques qui peuvent être appliquées pour renforcer le caractère durable ?

(Pour de plus amples informations sur le suivi de la performance et les critères de sélection des indicateurs, voir le Volume I, Indicateurs de santé et de planification familiale : un outil pour les cadres de résultats.)

Les indicateurs peuvent être regroupés par composante et sous-élément. Plusieurs suggèrent une ventilation par sexe pour suivre les progrès du point de vue égalité entre les sexes. Un grand nombre

demande l'agrégation de données en un chiffre ou score combiné pour saisir le tableau d'ensemble ou résultat au niveau du programme. Cela varie par programme. Par exemple, des missions de l'USAID peuvent décider de suivre les données provenant de nombreux centres de santé dans une zone cible ; ces données devront être transformées pour obtenir un point de données final représentant la situation générale de cet indicateur dans la zone. De plus, plusieurs indicateurs n'ont pas été validés. Par exemple, les indicateurs qui utilisent un score en fonction d'une échelle sont proposés ici aux fins d'examen par la mission.

Certains indicateurs de ce document sont exprimés comme la « présence » (ou « l'absence ») d'un système, d'une personne ou d'une politique. Dans la plupart des cas, suivant le contexte du programme, il est possible de définir un indicateur plus solide. La question sous-jacente de l'importance de la pérennisation dans la plupart des cas est mesurée du point de vue progrès de l'utilisation d'un système, efficacité d'une personne et application d'une politique qui va plus loin que la simple mesure de la « présence. » Quand c'est possible, cet aspect de mesure des systèmes, des ressources humaines et des politiques est inclus à la discussion après chaque indicateur.

## A. Pérennisation des indicateurs de systèmes

### 1. Pérennisation financière

#### a. Mobilisation de ressources

La pérennisation, ou viabilité financière, dans les systèmes de santé est définie de la manière suivante : « disposer d'un financement fiable et suffisant pour maintenir les services de planification familiale et de santé pour une population croissante et couvrir les coûts liés à l'amélioration de la qualité et à l'élargissement des services à des niveaux acceptables.<sup>1</sup> » Pour être durable, un tel financement devrait provenir des propres ressources d'un pays. La pérennisation financière suppose un engagement minimum de la part du gouvernement face à la planification familiale et la santé ; un niveau « seuil » de dépenses pour la planification familiale et la santé doit être en place avant qu'on ne puisse envisager la pérennisation. Les ressources locales doivent être disponibles pour renforcer les crédits des bailleurs de fonds quand ces crédits diminuent ou sont retirés. Ce concept de seuil est développé davantage dans le Rapport sur le Développement dans le Monde de 1993 de la Banque mondiale.

Sous pérennisation financière se trouvent les catégories du Financement du Secteur Public et du Financement du Secteur Privé qui concernent les activités de financement des prestations sanitaires. Le financement du secteur public regroupe l'aide financière du gouvernement et des bailleurs de fonds ; et le financement du secteur privé comprend toutes les autres sources : les dépenses propres des ménages, les organisations non gouvernementales (ONG), les prestataires privés à but lucratif tels que les pharmaciens, les cabinets privés et les guérisseurs traditionnels, ainsi que les organisations telles que les dispensaires religieux. (Parfois, on a un financement mixte public et privé quand le gouvernement soutient certains groupes privés chargés de dispenser les services.) Les sous-éléments, Mobilisation de Ressources et Octroi Efficace et Utilisation de Ressources affectent les ressources des secteurs public et privé du système de santé.

La Mobilisation de Ressources regroupe les mécanismes utilisés pour mobiliser les ressources financières et connexes qui seront octroyées au secteur de la santé. Généralement, les gouvernements mettent en place des politiques ou programmes pour mobiliser ces ressources, mais ces activités peuvent également provenir du secteur privé ou des communautés. Le budget national d'un pays provenant des ressources fiscales représente le principal moyen de mobilisation de ressources pour les gouvernements. Dans le secteur de la santé, un nombre croissant de gouvernements ont commencé à mobiliser des ressources en faisant payer les utilisateurs. Les plans d'assurance ainsi que les assurances maladies à la charge de l'employeur représentent un autre de ces mécanismes.

Figure 3. Financial Sustainability Indicators

---

---

**Indicateur 1 : Dépenses sanitaires publiques en tant que pourcentage du PIB**

---

---

**Définition:** Le total des dépenses publiques pour la santé par le biais de tous les canaux (Ministère de la Santé ou autre) en termes réels, exprimé comme une proportion du produit intérieur brut total (PIB, voir définition dans glossaire).

**Discussion:** La proportion des dépenses publiques pour la planification familiale et la santé est un baromètre indiquant l'importance qu'un gouvernement accorde aux questions de planification familiale et de santé. Il existe une solide corrélation positive entre le produit national brut (PNB, voir définition dans glossaire) par habitant et les dépenses publiques pour la santé. Un grand nombre des pays industrialisés contribuent environ 10% de leur PNB à la santé,

alors que les pays moins développés contribuent près de 4% (Rapport sur le Développement dans le Monde de 1993, pp.52-53). L'identification des tendances passées des dépenses publiques permet d'évaluer la pérennisation future. Par conséquent, pour promouvoir la pérennisation dans la plupart des pays, cette proportion devrait s'accroître.

**Sources de données:** Ministère des Finances (ou équivalent), Ministère de la Santé.

**Référence:** Partenariats pour la Réforme de la Santé. Measuring Health System Performance : A Handbook of Indicators, septembre 1997, p.44.

---

---

**Indicateur 2 : Pourcentage du total des dépenses sanitaires financé par les bailleurs de fonds**

---

---

**Définition:** La proportion du total des dépenses sanitaires (dons et/ou subventions) financée par tous les bailleurs de fonds.

**Discussion:** De même que les dépenses publiques, la proportion du total du budget de la santé financée par les bailleurs de fonds est une mesure indiquant si le pays dépend de bailleurs de fonds pour maintenir les activités de planification familiale et de santé. Alors que s'améliore l'économie d'un pays, il devrait moins dépendre des bailleurs de fonds pour la viabilité financière

et, par conséquent, cette proportion devrait diminuer au fil du temps. Ces indicateurs sont également influencés par des changements dans le taux de change ou par l'inflation.

**Sources de données:** Ministère des Finances (ou équivalent), Ministère de la Santé.

**Référence:** Partenariats pour la Réforme de la Santé. Measuring Health System Performance : A Handbook of Indicators, septembre 1997, p.44.

---

---

### **Indicateur 3: Total des dépenses par habitant pour la santé**

---

---

**Définition:** La quantité moyenne dépensée pour la santé par personne et par an.

**Discussion:** La Banque mondiale (Rapport sur le Développement dans le Monde de 1993, pp.66-67) estime les dépenses sanitaires par habitant aux alentours de 21\$ par an (pour un ensemble minimum de services dans tous les pays en développement). Quel que soit l'endroit où l'on commence, le suivi de cet indicateur devrait

montrer un accroissement progressif des dépenses (même après avoir pris en compte l'inflation).

**Sources de données:** Ministère des Finances (ou équivalent), Ministère de la Santé, Examens des Dépenses publiques de la Banque mondiale et de la Communauté européenne.

**Référence:** Groupe de Travail AFR/SD.

---

---

### **Indicateur 4 : Sources de financement de la santé et leurs parts relatives des dépenses totales**

---

---

**Définition:** La proportion des dépenses totales pour la santé à partir des diverses sources de financement (secteur public, paiements des utilisateurs, paiements de tierces parties ou tickets modérateurs, groupes d'employeurs).

**Discussion:** La diversité du financement augmente les chances de pérennisation car cela

diminue la dépendance face à un seul bailleur ou à un petit groupe de bailleurs de fonds.

**Sources de données:** Ministère de la Santé, Ministère des Finances, assurances, principaux employeurs du secteur privé.

**Référence:** Groupe de Travail AFR/SD.

---

---

### **Indicateur 5 : Pourcentage du total des dépenses sanitaires recouvert par le biais de divers mécanismes de partage des coûts**

---

---

**Définition:** Le montant de coûts recouvert (à partir de la tarification des prestations, etc.) en tant que proportion de toutes les dépenses sanitaires.

**Discussion:** Le niveau de recouvrement des coûts est une mesure de la pérennisation du système de santé. Au fur et à mesure qu'un nombre croissant de pays commencent à se donner des mécanismes de recouvrement des coûts, la proportion des coûts recouverts en tant que pourcentage de tous les coûts devrait

s'accroître. Le recouvrement des coûts et le contrôle des coûts recouverts sont des parties intégrantes du maintien d'un système de santé qui diminue la dépendance face aux bailleurs de fonds.

**Sources de données:** Comptes nationaux de la santé, dossiers des centres de santé (disponibles par le biais des examens de l'Initiative de Bamako).

**Référence:** Groupe de Travail AFR/SD.

---

---

---

---

**Indicateur 6 : Pourcentage des recettes du partage de coûts gardé dans la formation sanitaire**

---

---

**Définition:** La proportion de coûts recouverts (à partir de la tarification des prestations, etc.) qui est gardée au niveau de la formation sanitaire.

**Discussion:** Les mécanismes de recouvrement des coûts sont une forme de pérennisation en eux-mêmes. En effet, la capacité d'une formation sanitaire à maintenir les coûts recouverts (même s'ils sont convertis en fournitures ou salaires) est une mesure de la décentralisation du système de

santé. Cela mesure également le degré d'autonomie de la formation sanitaire.

**Source de données:** Bureau régional de la Santé (ou équivalent) ou statistiques des formations sanitaires.  
Indicateur

**Référence:** Groupe de Travail AFR/SD.

---

---

**Indicateur 7 : Pourcentage du budget de la formation sanitaire programmé au niveau de la formation sanitaire**

---

---

**Définition:** La proportion du budget des formations sanitaires qui peut être programmée (ou octroyée) au niveau de la formation sanitaire (en d'autres mots, le degré d'autonomie financière).

**Discussion:** Les budgets sont souvent octroyés au niveau central. La mesure dans laquelle une formation sanitaire peut octroyer ses propres fonds aux différentes rubriques est un signe de

décentralisation et, partant, une indication de la pérennisation du système de santé dans son ensemble.

**Source de données:** Bureau régional de la Santé (ou équivalent) ou statistiques des formations sanitaires.

**Référence:** Groupe de Travail AFR/SD.

**b. Octroi efficace et utilisation des ressources**

L'octroi efficace et l'utilisation des ressources sont nécessaires pour arriver à la pérennisation financière. Les gouvernements doivent supprimer les inefficacités et arrêter de dépenser les modiques ressources à des aspects moins efficaces de la planification familiale et des soins de santé. Les gouvernements doivent concentrer davantage les ressources sur les prestations qui sont les plus avantageuses pour le plus grand nombre de personnes et au moindre coût possible. Les soins de santé primaires, et non les soins de santé spécialisés fournis par les institutions tertiaires, sont un exemple classique de la manière dont les gouvernements peuvent fournir des services à un faible coût. Autre exemple de l'utilisation inefficace des ressources: les dépenses élevées pour les frais liés au personnel qui diminuent la disponibilité de fonds pour d'autres achats très importants, tels que les médicaments et le matériel éducatif. Le transfert des pouvoirs nécessaires pour octroyer les ressources au niveau local reconnaît que l'organisation et les individus de première ligne connaissent mieux les besoins communautaires et, partant, sont plus susceptibles d'octroyer efficacement les ressources.

---

---

**Indicateur 1 : Pourcentage du budget de santé nationale accordé aux soins primaires**

---

---

**Définition:** La proportion du budget de santé nationale octroyée aux soins primaires.

**Sources de données:** Ministère des Finances (ou équivalent), Ministère de la Santé.

**Discussion:** La proportion du budget de santé nationale octroyée aux soins primaires est une indication de l'intention du gouvernement de dépenser l'argent pour les soins primaires et un indicateur de la volonté politique de soutenir la prestation des soins primaires. Voir discussion sous Indicateur 2.

**Référence:** Partenariats pour la Réforme de la Santé. Measuring Health System Performance : A Handbook of Indicators, septembre 1997, p.44-45.

---

---

**Indicateur 2: Pourcentage des dépenses sanitaires publiques accordé aux soins primaires**

---

---

**Définition:** La proportion des dépenses publiques pour les soins primaires.

Les dépenses sanitaires sont plus susceptibles de varier en fonction de la formation sanitaire (primaire par rapport au secondaire ou tertiaire), avec un niveau disproportionné accordé aux hôpitaux et aux institutions du tertiaire. Un indicateur analogue est le suivant « pourcentage des dépenses sanitaires publiques pour les soins préventifs ou la protection maternelle et infantile (PMI). » Un autre serait « les dépenses de soins de santé primaires en tant que pourcentage des dépenses de fonctionnement. » (Partenariats pour la Réforme de la Santé. Measuring Health System Performance : A Handbook of Indicators, septembre 1997, p. 33-34.)

**Discussion:** Le texte dont il est fait référence note : « ...il existe des domaines où les gouvernements ont tendance à faire des coupes quand leurs budgets sont très limités et il existe également des sources de financement pour un grand nombre des programmes qui ont été mis en place grâce à l'investissement de bailleurs de fonds. Ces indicateurs peuvent être utilisés pour suivre la pérennisation du système entier, mais il est important de reconnaître que les comparaisons entre pays peuvent induire en erreur. Les systèmes de santé diffèrent grandement dans leur définition des soins primaires... » Cet indicateur, utilisé conjointement avec l'Indicateur 1, ci-dessus est une vérification supplémentaire du soutien politique pour les soins primaires grâce au suivi des dépenses effectives du secteur public en ce domaine.

**Sources de données:** Ministère des Finances (ou équivalent), Ministère de la Santé.

**Référence:** Partenariats pour la Réforme de la Santé. Measuring Health System Performance : A Handbook of Indicators, septembre 1997, p.44-45.

---

---

**Indicateur 3: Dépenses liées au personnel en tant que pourcentage du total des dépenses de fonctionnement de la santé**

---

---

**Définition:** Proportion des dépenses de fonctionnement allouée au personnel.

**Discussion:** Le document dont il est fait référence note que cet indicateur s'applique souvent aux systèmes publics pour suivre dans quelle mesure l'efficacité économique et les emplois sont souvent protégés en temps de difficultés alors que d'autres services sont plus négligés. L'inefficacité est parfois mesurée à

l'aune de dépenses élevées liées au personnel et de faibles dépenses pour les médicaments et autres prestations.

**Sources de données:** Ministère de la Santé.

**Référence:** Partenariats pour la Réforme de la Santé. Measuring Health System Performance : A Handbook of Indicators, septembre 1997, p.36.



## 2. Capacité institutionnelle

La capacité institutionnelle des organisations à prêter les services est un élément pivot de la pérennisation des systèmes de prestation de santé et de planification familiale. Dans ce modèle, « institution » est utilisée dans son sens le plus large et concerne toute organisation ou tout groupe qui dispense des prestations de santé et/ou de planification familiale. Une telle institution peut être un Ministère de la Santé, une clinique et des hôpitaux privés ou des groupes de santé communautaires.

Il est important de faire la distinction entre la solidité actuelle des institutions qui prêtent les services (qui sont des indicateurs de la qualité des services présentés dans le Volume I, Indicateurs de santé et de planification familiale : un outil pour les cadres de résultats) et ceux qui prédisent leur solidité future (indicateurs de la pérennisation des services). La capacité institutionnelle courante n'est pas forcément un indicateur de la capacité future car le personnel qualifié pourrait partir ou être promu, l'équipement peut tomber en panne, être perdu ou volé.

Les institutions avec des systèmes bien développés sont plus susceptibles de rester viables à l'avenir que celles sans système. Par conséquent, les indicateurs de la pérennisation dans cette catégorie concernent la présence de systèmes institutionnels susceptibles d'être utilisés et maintenus même en cas de changement au niveau du personnel de l'institution. L'utilisation efficace actuelle de ces systèmes est un indicateur de la qualité des services. Par conséquent, la présence d'un système permettant d'évaluer les besoins en formation du personnel est un indicateur de la pérennisation institutionnelle alors que l'utilisation courante de ce système pour aider à concevoir une formation pour le personnel est un indicateur de la qualité. Des systèmes durables contribuent à une qualité durable, laquelle contribue à son tour à la satisfaction des clients, à l'attitude positive et à l'utilisation continue des services.

Généralement, des services institutionnels bien développés comprennent des processus permettant de collecter régulièrement l'information ainsi que des mécanismes pour utiliser l'information afin de procéder aux changements nécessaires dans les approches et activités. Mais cela ne suffit pas d'avoir des systèmes de collecte et d'utilisation de l'information. Il faut également des tâches bien définies pour le personnel liées à l'utilisation du système de collecte de données et à l'emploi de cette information pour les décisions de gestion.

Des indicateurs de la capacité institutionnelle durable sont définis dans quatre catégories : Planification et Gestion, Ressources Humaines, Systèmes d'Information et Systèmes de Logistique. Ces catégories se recoupent nettement. Par exemple, tous les systèmes compris sous ressources humaines, systèmes d'information et de logistique pourraient également faire partie du système de gestion. De même, les systèmes de suivi des besoins logistiques et des produits pourraient également être inclus sous les systèmes d'information. Mais les quatre catégories sont incluses ici car elles sont souvent utilisées pour définir les éléments de la capacité institutionnelle. Les indicateurs au sein de chaque catégorie ne sont pas présentés en ordre séquentiel (à savoir, les systèmes commencent par des plans stratégiques, ensuite des politiques du personnel, ensuite des systèmes de comptabilité, etc.) mais il existe une base logique au choix des divers éléments qui peuvent contribuer à une institution efficace (à savoir, plans stratégiques, politiques du personnel, systèmes de comptabilité, etc.). Ces indicateurs de la capacité institutionnelle durable peuvent être utilisés individuellement ou conjointement pour créer un indice de la capacité durable. En général, des institutions avec des systèmes plus développés (et des tâches du personnel correspondantes)

seront davantage capables de fournir des services efficaces et durables que les institutions avec des systèmes moindres.

**a. Planification et gestion**

Ces indicateurs examinent la présence de systèmes permettant d'évaluer les besoins et les souhaits des clients et de mettre au point, revoir et suivre l'application d'un plan stratégique en vue de répondre à ces besoins et souhaits. Les indicateurs sont définis de manière générique et ne concernent pas un type ou niveau particulier d'institution de santé ou de planification familiale. Ils devraient s'appliquer aux institutions (ministères publics, ONG, etc.) qui sont l'objet d'activités de renforcement institutionnel du programme.

---

---

**Indicateur 1: Présence d'un plan stratégique:**

---

---

- (A) **mission de l'institution;**
- (B) **stratégies du court terme (5 ans) avec budgets et priorités;**
- (C) **vision de l'institution dans le long terme (au-delà de 5 ans);**
- (D) **plan de ressources humaines définissant les normes du personnel et les besoins de formation; et**
- (E) **preuve de participation à la planification de la part d'une gamme diversifiée de personnel au sein de l'institution.**

**Discussion:** Les institutions qui réalisent une planification stratégique efficace ont plus de chance de comprendre et de répondre à des changements de conditions qui influencent l'organisation et sont mieux en mesure d'appliquer efficacement les ressources disponibles pour répondre aux besoins des clients et créer une demande pour les services. La planification stratégique repose sur la participation d'une gamme diversifiée du personnel institutionnel car l'information pertinente à ce niveau se trouve partout dans l'institution et parce que le personnel devrait avoir un sentiment d'appartenance face au plan. Un plan de ressources humaines doit être compris dans le plan stratégique pour vérifier que les besoins du personnel (du point de vue compétences

nécessaires) sont envisagés par la planification de l'institution. Un plan stratégique qui comprend les besoins du point de vue ressources humaines aidera l'institution à éviter le risque de mauvaise gestion imputable à une perte de mémoire institutionnelle au moment du départ du personnel.

**Sources de données:** Plans de travail institutionnels, rapports périodiques, document de planification stratégique.

**Référence:** Adapté du Projet Initiatives, Organizational Self-Assessment of Service Sustainability, Institut de Recherche et de Formation JSI, janvier 1997.



---

---

**Indicateur 2: Présence d'un système pour préparer les plans opérationnels annuels de l'institution, y compris les buts opérationnels, les besoins opérationnels et les budgets**

---

---

**Discussion:** Un plan stratégique fournit à une institution une description de la direction générale de ses efforts et des stratégies devant être utilisées pour atteindre ces buts. Une institution a également besoin d'un plan opérationnel plus détaillé qui fixe des buts intermédiaires, définit le personnel et autres ressources nécessaires pour atteindre ces buts, et établit un budget détaillé. Une telle planification opérationnelle est généralement faite sur une base annuelle, ce qui permet une évaluation régulière des progrès en vue d'atteindre les buts à long terme et de faire

des ajustements, le cas échéant, aux niveaux des approches et des méthodes. Des institutions qui réalisent une planification opérationnelle régulière sont plus susceptibles de s'ajuster aux conditions changeantes et ont plus de chance de répondre efficacement aux besoins de leurs clients.

**Sources de données:** Plans de travail des institutions, comptes rendus périodiques.

**Référence:** Groupe de Travail AFR/SD.

---

---

**Indicateur 3: Présence d'un système régulier pour évaluer les besoins et les préférences des clients et pour ajuster les services en réponse aux changements identifiés**

---

---

**Discussion:** Toutes les institutions prêtant des services de santé et de planification familiale à des clients, même celles entièrement financées à partir de sources publiques, doivent comprendre les besoins et les préférences des clients pour fournir des services efficaces et utiles. Des institutions avec des systèmes permettant d'évaluer régulièrement les besoins et les préférences des clients sont plus susceptibles de créer une demande pour les services, ce qui leur génère un appui financier et/ou politique pour l'institution.

**Sources de données:** Plans de travail de l'institution, rapports périodiques, instruments de collecte de données pour l'évaluation des besoins.

**Référence:** Adapté du Projet Initiatives, Organizational Self-Assessment of Service Sustainability, Institut de Recherche et de Formation JSI, janvier 1997.

---

---

**Indicateur 4: Présence d'un responsable dont la description des tâches comprend la responsabilité d'évaluer les besoins et les souhaits des clients, de formuler le plan stratégique et opérationnel, de revoir le plan et d'évaluer la faisabilité opérationnelle du plan**

---

---

**Discussion:** Si l'on veut maintenir la fonction de planification, il faut une personne ou plusieurs personnes dont la description des tâches inclut explicitement le travail de planification. Une description écrite des tâches devrait définir les activités et responsabilités spécifiques associées à la planification. Des descriptions de tâches détaillées et mises par écrit augmentent la chance de maintenir la fonction à l'avenir, surtout quand le personnel part. Inclure la planification dans une description écrite des tâches augmente également les chances de voir évaluer la fonction dans le

cadre des évaluations régulières de la performance du personnel.

**Sources de données:** Descriptions écrites des tâches, interviews du personnel pour confirmer l'exactitude des descriptions des tâches, évaluations écrites de la performance du personnel.

**Référence:** Adapté du Projet Initiatives, Organizational Self-Assessment of Service Sustainability, Institut de Recherche et de Formation JSI, janvier 1997.

**b. Ressources humaines**

Ces indicateurs examinent les systèmes institutionnels utilisés pour le recrutement, la formation, la gestion et l'évaluation du personnel. Ces fonctions sont parfois intégrées en une seule composante des ressources humaines et parfois séparées en diverses unités de la gestion du personnel et de la formation du personnel. Les indicateurs sont génériques et peuvent être appliqués à des institutions avec différentes sources de financement, différents services et différentes structures organisationnelles.

---

---

**Indicateur 1: Politiques, règles et réglementations écrites du personnel qui sont appliquées avec constance**

---

---

**Discussion:** Toutes les institutions fonctionnent avec un ensemble de politiques, règles et réglementation du personnel. Cet indicateur voit dans quelle mesure ces politiques sont mises par écrites, communiquées et appliquées avec constance. Les institutions avec des politiques écrites, qui sont distribuées et appliquées régulièrement tendent à avoir moins de problèmes au niveau du personnel, une rotation moindre du personnel et, par conséquent, sont mieux en mesure de se concentrer sur les besoins des clients que les institutions qui n'appliquent pas de telles politiques.

**Sources de données:** Politiques, règles et réglementations écrites du personnel, interviews avec le personnel pour évaluer si les règles sont appliquées régulièrement.

**Référence:** Adapté du Projet de Développement de la Gestion de la Planification familiale (FPMD), Outil de gestion et de support organisationnel (MOST), Management Sciences for Health, septembre 1998.

---

---

**Indicateur 2: Présence de descriptions de tâches détaillées, exactes et à jour**

---

---

**Discussion:** Les institutions avec des systèmes informels pour déterminer les tâches et les responsabilités dépendent énormément de compétences et d'aptitudes des employés actuels pour vérifier que toutes les activités institutionnelles sont bien exécutées. Des institutions avec des descriptions de tâches détaillées, validées et mises à jour régulièrement, sont plus susceptibles de continuer à fonctionner efficacement en cas de rotation du personnel. En outre, des descriptions de tâches détaillées permettent davantage aux évaluations de la performance du personnel de reposer sur des indicateurs objectifs et valides de la performance plutôt que des sentiments personnels et des réactions générales.

**Sources de données:** Descriptions écrites des tâches, interviews avec le personnel pour confirmer l'exactitude des descriptions de tâches, évaluations écrites de la performance du personnel.

**Référence:** Adapté du Projet de Développement de la Gestion de la Planification familiale (FPMD), Outil de gestion et de support organisationnel (MOST), Management Sciences for Health, septembre 1998.

---

---

**Indicateur 3: Présence d'un système pour une évaluation régulière de la performance du personnel**

---

---

**Discussion:** Des systèmes efficaces d'évaluation de la performance du personnel permettent d'identifier les forces et faiblesses au niveau de la performance du personnel et font ressortir les domaines où un support supplémentaire ou une formation du personnel sont nécessaires pour renforcer les opérations institutionnelles. Une évaluation régulière de la performance du personnel, si elle faite de manière constructive, sert à motiver le personnel et fournit un moyen objectif de récompenser une bonne performance. Des institutions avec des évaluations régulières de la performance du personnel tendent à avoir moins de problèmes au niveau du personnel et une rotation moindre que

celle qui ne font pas de telles évaluations et, partant, elles sont plus susceptibles de fournir de manière durable des services de manière efficace aux clients.

**Sources de données:** Directives et formulaires écrits pour l'évaluation de la performance du personnel, calendriers d'évaluation, interviews avec le personnel pour confirmer l'application des directives et évaluer l'utilité du processus.

**Référence:** Adapté du Projet Initiatives, Organizational Self-Assessment of Service Sustainability, Institut de Recherche et de Formation JSI, janvier 1997.

---

---

**Indicateur 4: Présence d'un système pour l'évaluation régulière des besoins en formation du personnel**

---

---

**Discussion:** Les connaissances, compétences et capacités dont a besoin le personnel évoluent constamment. De nouvelles fonctions et activités institutionnelles, de nouveaux besoins techniques pour les fonctions et activités en cours et la rotation du personnel sont autant de facteurs qui influencent le travail du personnel. Une institution qui n'évalue pas régulièrement les besoins en formation du personnel perd de sa capacité à fournir efficacement les services aux clients. Une évaluation régulière des besoins en formation permettra de voir quelle est la formation nécessaire et peut même encourager une institution à reconfigurer les tâches du personnel afin de répondre plus efficacement aux besoins des clients.

**Sources de données:** Directives et formulaires écrits pour l'évaluation des besoins en formation du personnel, calendriers d'évaluation, interviews avec le personnel pour confirmer l'application des directives, interviews avec les responsables pour évaluer l'utilisation des données sur l'évaluation sur les besoins en formation.

**Référence:** Adapté de Training Institutional Development Matrix, Development Associates, Inc., 1997.

---

---

**Indicateur 5: Présence d'un système pour évaluer l'efficacité de la formation du personnel du point de vue de la qualité de la formation fournie et de l'adéquation de la formation par rapport aux besoins institutionnels**

---

---

**Discussion:** La formation devrait transférer les connaissances, les compétences et les capacités au personnel afin d'améliorer les services fournis aux clients. Mais dans bien des cas, cette hypothèse n'est pas vérifiée. Une bonne formation du personnel comprend des mesures voyant si les connaissances, les compétences et les capacités ont été effectivement transférées (à l'aide de tests préalables et post-tests) ; si les connaissances transférées correspondent bien aux objectifs et aux activités de l'institution (par le biais d'un examen systématique du programme de formation et des mesures de résultat) ; et si les nouvelles connaissances sont effectivement appliquées. Une institution avec un système régulier permettant d'évaluer ces mesures profitera davantage de la formation du personnel

qu'une institution qui ne le fait pas et, partant, sera mieux en mesure de servir ses clients.

**Sources de données:** Directives et formulaires écrits pour l'évaluation des besoins en formation du personnel, calendriers d'évaluation, interviews avec le personnel pour confirmer l'application des directives, interviews avec les responsables pour évaluer l'utilisation des données sur l'évaluation sur les besoins en formation.

**Référence:** Adapté de Training Institutional Development Matrix, Development Associates, Inc., 1997.

---

---

**Indicateur 6 : Présence d'un responsable dont la description de tâches comprend l'examen et la révision des descriptions de tâches, des règles et réglementations du personnel, et l'évaluation de la performance professionnelle, des besoins en formation et des résultats de la formation**

---

---

**Discussion:** Si l'on veut maintenir d'importantes fonctions des ressources humaines dans une institution, il faut une personne ou plusieurs personnes dont la description des tâches inclut explicitement les fonctions de développement du personnel et les ressources humaines. Une description écrite augmente les chances de maintenir les activités des ressources humaines, ce qui améliore à son tour la viabilité à long terme de l'institution.

**Sources de données:** Descriptions écrites des tâches, interviews avec le personnel pour confirmer leur exactitude, évaluation écrite de la performance du personnel.

**Référence:** Adapté de Training Institutional Development Matrix, Development Associates, Inc., 1997.

## c. Systèmes d'information

Ces indicateurs examinent la présence de Systèmes d'Information spécifiques au sein d'une institution qui fournissent une information sur les revenus, les coûts, les clients et les services. Vu que les institutions maintiennent des systèmes séparés pour l'information financière et celle concernant le programme, elles sont présentées ici sous des catégories séparées.

### c.1 Systèmes financiers

---

---

#### **Indicateur 1: Présence d'un système de comptabilité qui fournit régulièrement des données sur les revenus/recettes et une analyse de trésorerie en fonction de catégories de coûts de services spécifiques**

---

---

**Discussion:** Une institution ne peut pas maintenir les opérations si elle n'a pas de système pour suivre les revenus/recettes et les coûts. Pour être le plus utile possible, le système devrait : (1) permettre aux revenus et coûts d'être distribués dans les différentes catégories de coûts de services spécifiques ; (2) dégager des données sur les tendances de trésorerie pouvant être utilisées pour faire les projections et (3) suivre les dépenses par rapport aux budgets. Quand il est combiné à une information programmatique, le système devrait être en mesure de générer les coûts unitaires pour les prestations dispensées par l'institution. L'information dégagée par les systèmes financiers est utile aux fins de gestion et de planification stratégique. Il est également

souhaitable que le système suive les rentrées de recettes et les créances irrécouvrables suite aux exonérations et dispenses de payer.

**Sources de données:** Rapports financiers, analyses de trésorerie, récapitulatifs de coûts unitaires, interviews avec le personnel financier pour évaluer le fonctionnement du système, interviews avec le responsable sur l'utilisation des données financières.

**Référence:** Adapté du Projet Initiatives, Organizational Self-Assessment of Service Sustainability, Institut de Recherche et de Formation JSI, janvier 1997.

---

---

**Indicateur 2: Présence d'un responsable dont la description des tâches consiste à revoir les données financières, à analyser les coûts unitaires, à faire les projections financières et à suivre les dépenses par rapport aux budgets**

---

---

**Discussion:** Les systèmes d'information financière ne sont utiles que si l'information qu'ils dégagent est effectivement utilisée pour la prise de décisions concernant l'institution. La fonction est le plus susceptible d'être maintenue dans une institution si les activités et responsabilités sont incluses à une description des tâches mise par écrit pour un ou plusieurs responsables. L'utilisation de données financières devrait à son tour permettre un emploi plus efficace des ressources et cela améliorera la qualité et la pérennisation des activités.

Sources de données : Descriptions écrites des tâches, interviews avec le personnel pour confirmer l'exactitude des descriptions de tâches, évaluations écrites de la performance du personnel.

Référence : Adapté du Projet Initiatives, Organizational Self-Assessment of Service Sustainability, Institut de Recherche et de Formation JSI, janvier 1997.

c.2    **Systèmes d'information programmatique**

---

---

**Indicateur 3: Présence d'un système d'information qui dégage une information fiable sur les clients et les services**

---

---

**Discussion:** Pour fonctionner efficacement, une institution a besoin d'information fiable sur ses clients et ses services. Un système d'information avec des méthodes bien définies de collecte, d'enregistrement, de notification et d'analyse des données a plus de chance de voir utiliser l'information pour la prise de décisions concernant l'institution. Cela mènera à des services de santé et de planification familiale plus efficaces et plus durables.

Sources de données : Rapports récapitulatifs sur les clients et les services, interviews avec le personnel du système d'information pour évaluer le système, interviews avec des responsables sur l'utilisation de données de programme.

Référence : Adapté du Projet Initiatives, Organizational Self-Assessment of Service Sustainability, Institut de Recherche et de Formation JSI, janvier 1997.

---

---

**Indicateur 4: Présence d'un responsable dont la description des tâches comprend la gestion du système d'information programmatique et l'utilisation de l'information sur les clients et les services aux fins de gestion et de politiques**

---

---

**Discussion:** L'information relative aux programmes devrait être utilisée systématiquement pour améliorer les services et formuler les politiques. L'utilisation de données est susceptible d'être institutionnalisée si la responsabilité de la gestion du système de données et de l'examen de l'information fait partie d'une description écrite des tâches pour une ou plusieurs personnes.

**Sources de données:** Descriptions écrites des tâches, interviews avec le personnel pour confirmer leur exactitude, évaluations écrites de la performance du personnel.

**Référence:** Adapté du Projet Initiatives, Organizational Self-Assessment of Service Sustainability, Institut de Recherche et de Formation JSI, janvier 1997.

**d. Systèmes de logistique**

Ces indicateurs examinent la présence de systèmes au sein d'une institution qui permettent d'acheter, de maintenir, de distribuer et de remplacer les ressources (véhicules, équipement de réfrigération, etc.) ainsi que les produits pour les services de santé et de planification familiale.

---

---

**Indicateur 1: Présence d'un système qui revoit périodiquement les besoins logistiques et les ressources de l'institution (véhicules, ordinateurs, etc.)**

---

---

**Discussion:** Les institutions ont besoin d'une information à jour sur leurs ressources pour formuler des plans stratégiques et établir des budgets. Un système efficace d'évaluation des besoins logistiques devra inclure un inventaire complet des ressources, l'âge et la condition des ressources et le moment où les ressources devraient être remplacées. Un tel système permet aux responsables de planifier les achats, grands et petits, et évite au possible que le réseau logistique connaisse des échecs ou des crises graves.

**Sources de données:** Comptes rendus sur les besoins et les ressources logistiques et interviews avec les responsables concernant les systèmes d'examen de ressources.

**Référence:** Adapté du Projet de Développement de la Gestion de la Planification familiale (FPMD), Outil de gestion et de support organisationnel (MOST), Management Sciences for Health, septembre 1998.

---

---

**Indicateur 2: Présence d'un système de suivi des produits et de prévision des besoins, notamment un inventaire périodique et un compte rendu régulier de réception et de distribution des produits**

---

---

**Discussion:** La plupart des institutions de santé et de planification familiale distribuent des produits dans le cadre de leurs services. Pour fonctionner efficacement et maintenir des stocks, les institutions ont besoin de systèmes efficaces de suivi et de prévision. De tels systèmes ont besoin d'inventaires périodiques et d'une méthode régulière permettant de noter les réceptions et distributions des produits. Un système qui note uniquement la réception et la distribution ne suffit pas car les produits peuvent également être perdus ou volés.

**Sources de données:** Inventaire et rapports sur le suivi des produits (fiches de stock), interviews avec le personnel du système d'information pour évaluer l'application du système, interviews avec les responsables sur l'utilisation des données relatives aux produits.

**Référence:** Adapté du Projet de Développement de la Gestion de la Planification familiale (FPMD), Outil de gestion et de support organisationnel (MOST), Management Sciences for Health, septembre 1998.

---

---

**Indicateur 3: Présence d'un responsable dont la description des tâches comprend l'examen périodique des ressources nécessaires et le suivi des produits**

---

---

**Discussion:** L'information sur la logistique et les produits doit être utilisée régulièrement pour gérer les opérations. Une telle utilisation pourra être maintenue si une ou plusieurs personnes sont chargées de gérer les systèmes de suivi logistique et d'utiliser les données logistiques et sur les produits pour guider les décisions.

**Référence:** Adapté du Projet de Développement de la Gestion de la Planification familiale (FPMD), Outil de gestion et de support organisationnel (MOST), Management Sciences for Health, septembre 1998.

**Sources de données:** Descriptions écrites des tâches, interviews avec le personnel pour confirmer l'exactitude des descriptions des tâches, évaluations écrites sur la performance du personnel.

### 3. Contexte favorable

Un Contexte Favorable permet de formuler de solides politiques, garantit la coordination entre les bailleurs de fonds et les gouvernements hôtes en vue de promouvoir l'utilisation efficace des ressources et de garantir la participation et l'habilitation des communautés. Un tel contexte encourage des services durables de planification familiale et de santé. Les éléments du Contexte Favorable sont souvent jugés être en directe association avec des institutions et des systèmes, mais ils s'appliquent également aux questions de la demande durable. Par exemple, les politiques peuvent contribuer à de meilleurs services et à un changement d'attitude face aux services. Les efforts faits pour encourager la participation communautaire stimuleront un soutien communautaire accru pour la planification familiale, les services de santé et des comportements sains.

Les indicateurs d'un Contexte Favorable sont définis dans trois catégories : Processus de Politiques (formulation, application et évaluation des politiques), Approches sur l'Ensemble du Secteur et Habilitation Communautaire. A l'instar d'autres aspects de ce cadre, les catégories et leurs interprétations peuvent se recouper et ne sauraient être démarquées clairement. Toutefois, il est bon de les séparer et de les mesurer pour illustrer la dynamique du système.

#### a. Processus de politiques

Une politique est définie comme : « ... un plan ou une action conçue pour influencer et déterminer les décisions, les actions et autres questions. » Si le contenu des politiques spécifiques est important pour maintenir les programmes et systèmes de planification familiale et de santé, il faut pourtant qu'un Processus de Politiques fonctionnel à la base soit intégré à la gestion et à la planification des programmes. Le processus de politiques a trois phases distinctes : formulation, application, et suivi et évaluation. Ce processus n'est pas simplement une fonction du gouvernement central, mais s'applique également aux collectivités locales et aux centres et services de planification familiale et de santé.

L'on est d'accord sur la nécessité de se donner des politiques pour guider la prestation et le financement des services de santé et de planification familiale. Mais comment ces politiques sont-elles formulées ? Les rôles de l'information, du débat et du consensus, ainsi que le contexte politique dans lequel ils se déroulent sont d'importance critique pour la formulation des politiques. Mais il ne suffit pas simplement de créer une politique. Les politiques doivent être appliquées et évaluées. L'application dépend largement de la volonté et de l'action politique, ainsi que d'une bonne communication, clarté et présence de systèmes et de ressources humaines. L'application de politiques dépend également de l'existence d'un cadre légal, réglementaire et gouvernemental. Ces systèmes soutiennent l'application et les procédures visant à faire respecter la politique en question. Sans elles, les politiques risquent de rester théoriques et non fonctionnelles.

Le Processus de Politiques comporte diverses étapes dont un grand nombre se recouper. Qui plus est, le Processus de Politiques est souvent « embrouillé ». On lui reproche de ne pas avoir de règles ou de directives claires. Mais une certaine forme de dialogue, de décision informée et de participation élargie de tous ceux qui seront affectés par les décisions accroît les chances de maintenir en place un système. Les indicateurs de la présente section vise à identifier si les éléments fondamentaux du système sont en place et fonctionnent correctement.



---

---

**Indicateur 1: Présence d'une entité d'élaboration de politiques qui réalise l'analyse nécessaire d'une question et formule une politique**

---

---

**Discussion:** Une entité d'élaboration de politiques signifie existence d'un système régulier permettant d'effectuer les tâches au niveau des politiques. Toutes les institutions gouvernementales, surtout au niveau national, doivent être en mesure d'identifier les questions concernant un secteur, ses programmes et ses opérations, l'effet éventuel d'une question donnée, les réponses possible, le pour et le contre de ces réponses et l'impact potentiel des réponses ainsi que les ressources et besoins opérationnels dont on a besoin pour mettre sur pied la réponse. Le Ministère de la Santé au niveau central est partiellement responsable de formuler des politiques pour le secteur d'un pays donné. Des institutions qui ont un système en vue d'identifier et d'analyser les questions, de formuler des options en matière de politiques, et

de faire des recommandations sont plus susceptibles de revoir attentivement des questions complexes et, partant, assurent un niveau plus élevé de pérennisation. Il est également important d'examiner le ratio des ressortissants du pays versus les expatriés réalisant ce travail.

**Sources de données:** Enquête auprès des diverses institutions, plans de travail, rapports périodiques, collecte de données de l'évaluation des besoins et études spéciales (qualitatives)

**Référence:** Adapté du Projet POLICY/Projet PASCA, Score de Classement du Contexte de Politiques du SIDA, Cadre conceptuel, avant-projet, The Futures Group International, mai 1997.

---

---

**Indicateur 2: Présence d'une politique nationale qui soutient les objectifs des programmes de planification familiale et de santé**

---

---

**Notation sur l'échelle:**

- 1 = politique contient des éléments qui minent le programme**
- 2 = politique contredit une autre politique**
- 3 = politique délimite les éléments clés d'un programme sans conflit apparent**
- 4 = politique spécifie les besoins essentiels pour l'application (ressources, etc.)**
- 5 = politique contient un processus de feed-back (plan d'évaluation) qui mène à l'évolution continue de la politique**

**Discussion:** Pour que soit soutenue l'application dans un domaine programmatique donné, la présence d'une politique représente la première étape, souvent à l'échelle nationale. Certaines politiques sont de fait contradictoires ou contre-productives. Par conséquent, il est important de revoir une politique et de voir si elle aide le programme et contribue à sa pérennisation.

**Sources de données:** Documents de programme, analyses qualitatives

**Référence:** Adapté du Projet POLICY/Projet PASCA, Score de Classement du Contexte de Politiques du SIDA, Cadre conceptuel, avant-projet, The Futures Group International, mai 1997.

---

---

**Indicateur 3: Niveau de soutien fourni pour une politique donnée**

---

---

**Notation sur l'échelle :**

- 1 = opposition active**
- 2 = faible soutien**
- 3 = neutre**
- 4 = soutien solide (rhétorique)**
- 5 = action à exécuter**

**Discussion:** L'application efficace des politiques dépend d'un certain nombre de facteurs. Un grand nombre ont besoin du soutien de dirigeants politiques et/ou de supervision. Le soutien peut être rhétorique ou proactif. Le soutien est une incitation pour le personnel à l'échelon inférieur, y compris les responsables de programme afin qu'ils appliquent la politique. La communauté et les ONG peuvent également défendre ce processus. Par conséquent, l'indicateur peut être segmenté en différentes parties fournissant le soutien : représentants officiels du gouvernement, politiciens, dirigeants d'opinion publique, parties

politiques, bureaucrates de planification, organisations religieuses, dirigeants du secteur privé, responsables des ONG, médias et autres.

**Sources de données:** Rapports publics (à savoir, discours, dossiers du gouvernement), rapports des médias, études spéciales avec informants clés, analyses qualitatives.

**Référence:** Adapté du Score de Classement du Contexte de Politiques du SIDA. Echelle proposée par le Groupe de Travail AFR/SD.

---

---

**Indicateur 4 : Existence de buts spécifiques de stratégie et de programme en réponse à une politique donnée**

---

---

**Discussion:** Du point de vue pratique, quand les politiques sont appliquées, des programmes et plans sont soit formulés, soit amendés en réponse à la politique et à son contenu. Cet indicateur peut également être présenté comme étant le nombre de programmes avec des politiques formulées clairement.

**Sources de données:** Documents de programme, plans et études spéciales

**Référence:** Adapté du Projet POLICY/Projet PASCA, Score de Classement du Contexte de Politiques du SIDA, Cadre conceptuel, avant-projet, The Futures Group International, mai 1997.

---

---

**Indicateur 5: Présence d'un cadre légal et réglementaire pour une politique donnée**

---

---

**Discussion:** Quel que soit le mérite technique d'une politique ou la disponibilité de ressources humaines, une politique ne peut pas être appliquée sans disposition légale ou réglementaire connexe. (Cet élément peut être renforcé par la présence d'un programme efficace de démocratie et de gouvernance.)

**Sources de données:** Examen des textes légaux et réglementation.

**Référence:** Adapté du Projet POLICY/Projet PASCA, Score de Classement du Contexte de Politiques du SIDA, Cadre conceptuel, avant-projet, The Futures Group International, mai 1997.

**b. Approches sur l'ensemble du secteur**

**b. Approches sur l'ensemble du secteur**

D'autres éléments du cadre de pérennisation concernent l'efficacité d'une institution et les aspects financiers particuliers liés à la prestation de services. Toutefois, le rôle des bailleurs de fonds au niveau du financement des programmes et systèmes nationaux de soins de santé restera une question très importante dans un avenir prévisible. L'évolution des Approches sur l'Ensemble du Secteur vise à fournir aux gouvernements plus de contrôle sur les ressources des bailleurs de fonds. Le principe sous-jacent des Approches sur l'Ensemble du Secteur, c'est que les gouvernements se donnent une approche complète pour le pays et pour le secteur en question, par exemple, un plan de santé national. Ensuite, ce plan peut être la base sur laquelle les bailleurs de fonds coordonnent leurs contributions. L'approche est conçue pour donner au MS les capacités nécessaires à guider le développement du secteur dans ce pays. La planification et la programmation conjointe avec les bailleurs de fonds deviennent de plus en plus importantes aux niveaux plus faibles du système de soins de santé.

L'Approche sur l'Ensemble du Secteur reconnaît que les bailleurs de fonds exercent une influence importante sur les politiques nationales et, dans certains cas, fournissent un soutien financier élevé. L'on part du principe que les bailleurs de fonds ne cesseront pas de suite leur assistance, pas même d'ailleurs dans le court terme. Cela suppose qu'il existe plusieurs manières dont les bailleurs de fonds peuvent travailler ou devraient le faire, entre eux et avec le gouvernement des pays hôtes. Alors que les bailleurs de fonds renforcent leur coordination et que les gouvernements hôtes exercent plus de contrôle sur les priorités, la pérennisation et la viabilité des systèmes de santé et de planification familiale devraient s'améliorer. Ce concept, ainsi que le terme, ont été adoptés récemment par les gouvernements hôtes et les bailleurs de fonds en Afrique.

Outre les relations avec les bailleurs de fonds et les gouvernements, il existe une autre dimension des approches sectorielles qui traite des relations intersectorielles très importantes pour le développement durable. Par exemple, l'on ne peut maintenir les programmes de lutte contre les maladies diarrhéiques s'il n'existe pas un approvisionnement en eau potable. Il est difficile de quantifier ces liens. L'Indicateur 4 traite, en tant que valeur supplétive, du lien entre les programmes de santé d'une part et de l'eau et de l'assainissement d'autre part – question importante pour le secteur de la santé, surtout pour la survie de

---

---

**Indicateur 1: Existence d'un Programme d'Investissement sectoriel (PIS), d'une Approche sur l'Ensemble du Secteur (AES) ou d'un programme analogue**

---

---

**Notation sur l'échelle:**

- 1 = pas de processus PIS ou AES**
- 2 = désaccord quant à la direction PIS/AES ou pas de direction du Ministère de la Santé (MS)**
- 3 = formulation PIS/AES, avec direction du MS**
- 4 = accord quant à la direction, sous les auspices du MS, mais pas d'application concrète**
- 5 = application de PIS/AES, sous la direction du MS**

**Discussion:** La présence effective d'un programme PIS ou AES est un processus dans le cadre duquel le gouvernement national et les bailleurs de fonds conviennent d'une direction commune à l'assistance en matière de santé publique. Ces processus sont gérés au niveau national et font participer plusieurs bailleurs de fonds. Par conséquent, un PIS est généralement un signe constructif de bonnes discussions et collaboration bailleur de fonds à bailleur de fonds et bailleur de fonds à gouvernement. Deux indicateurs supplémentaires ou indicateurs

complémentaires concernent le nombre de programmes et de plans supposant une action conjointe des bailleurs de fonds, et des bailleurs de fonds et du gouvernement, et la présence d'un comité de coordination interorganisations sous la direction du MS.

**Sources de données:** Données d'enquête, information sur les bailleurs de fonds, MS

**Référence:** Groupe de Travail AFR/SD.

---

---

**Indicateur 2: Plans et programmes conjoints des bailleurs de fonds dans des régions données**

---

---

**Notation sur l'échelle:**

- 1 = pas de coordination**
- 2 = les bailleurs de fonds se rencontrent périodiquement, pas de collaboration active**
- 3 = plans conjoints bailleurs de fonds et/ou bailleur de fonds/gouvernement local**
- 4 = mise en place de programmes conjoints**
- 5 = financement de bailleurs de fonds maximisant leurs programmes mutuels et d'autres partenaires locaux.**

**Discussion:** Cet indicateur reflète l'importance des programmes et plans conjoints des bailleurs de fonds dans des régions ou sous-régions données. L'indicateur se penche sur le niveau micro (comparé à un PIS) où quelques bailleurs de fonds au niveau sous-national interviennent activement ensemble pour réaliser des programmes avec leur gouvernement et des ONG partenaires. Les bailleurs de fonds et les

gouvernements travaillant ensemble au niveau de la réalisation des programmes renforcent les chances de pérennisation à long terme des programmes et des systèmes.

**Sources de données:** Données de programme, Ministère de la Santé

**Référence:** Groupe de Travail AFR/SD.

---

---

**Indicateur 3: Ratio d'assistance technique financée par les bailleurs de fonds qui utilisent les talents étrangers à la place des talents nationaux**

---

---

**Discussion:** Cet indicateur se penche sur l'importance qu'accordent les bailleurs de fonds au talent local qui renforce les capacités nationales et, partant, la viabilité à long terme des systèmes. Légère modification de cet indicateur : examiner le pourcentage de l'assistance technique dans le cadre de l'aide d'un bailleur. Mais l'information risque de ne pas être valide sauf pour montrer une baisse sur une période donnée. Le PIS peut augmenter l'utilisation de ressources locales, mais ce n'est pas clair pour le moment.

**Sources de données:** Information des bailleurs de fonds, dossiers des programmes.

**Référence:** Adapté de Partenariats pour la Réforme de la Santé. Measuring Health System Performance : A Handbook of Indicators, septembre 1997, p.42.

---

---

**Indicateur 4: Présence d'une stratégie intersectorielle pour la lutte contre les maladies diarrhéiques qui comprend des volets d'eau et d'assainissement**

---

---

**Discussion:** La pérennisation de programmes de survie de l'enfant, par exemple, la lutte contre les maladies diarrhéiques, dépend de l'existence de programmes d'eau potable et d'assainissement. Il est important de voir si le MS fait participer d'autres secteurs pertinents en vue de maintenir, dans le long terme, les améliorations de santé.

**Sources de données:** Examen de programme et documents sur la distribution des ressources.

**Référence:** Projet de Santé environnementale.

**c. Habilitation communautaire**

Un développement durable des systèmes ne peut pas se faire sans une certaine participation communautaire à la prise de décisions et la volonté de la communauté à agir au sein du secteur. Cette habilitation devrait être un but de la formulation et de la réalisation des politiques et elle est nécessaire si l'on veut maintenir en place les politiques et les pratiques. Sans participation et action communautaire au sein du secteur de la santé, les politiques et programmes seront entravés. Des questions se posent quant à ce que l'on entend par « communauté ». Cela sera identifié par la Mission quand elle examine le sous-système ou le programme en question. Une communauté peut être vue au niveau micro, comme dans les villages de la zone desservie d'un centre de santé rural ou à un niveau plus macro, par exemple, une association nationale des pharmaciens. La définition de la « communauté » varie, mais il est nécessaire de faire participer d'autres personnes à l'extérieur du système officiel des soins de santé pour vérifier la pérennisation des programmes de planification familiale et de soins de santé. La participation et le soutien communautaires sont également des éléments critiques de la création et de la pérennisation de la demande.

---

---

**Indicateur 1: Le dialogue et la formulation en matière de politiques regroupent les ONG, les dirigeants communautaires et les représentants du secteur privé et de groupes d'intérêt spéciaux**

---

---

**Notation sur l'échelle:**

- 1 = dialogue politique pas autorisé par un texte légal ou la pratique**
- 2 = existence d'un système informel de dialogue**
- 3 = réalisation d'enquêtes d'opinion**
- 4 = système pour réunir les points de vue des nombreuses parties intéressées**
- 5 = existence d'une boucle de feed-back pour les parties concernées**

**Discussion:** Un contexte favorable pour l'habilitation communautaire et la participation à la prise de décisions est reflété par la participation de groupes non gouvernementaux à la formulation de politiques. Plus le dialogue est établi, plus les groupes concernés ont des chances de soutenir la politique et son application.

processus de notification publique des réglementations et/ou politiques en cours, et/ou forums publics de discussion des politiques.

**Référence:** Adapté du Score de Classement du Contexte de Politiques du SIDA. Echelle proposée par le Groupe de Travail AFR/SD.

**Sources de données:** Enquête qualitative de la participation du secteur non gouvernemental à la formulation de politiques, présence d'un

---

---

**Indicateur 2: Nombre de régions dans lesquelles les structures décisionnelles communautaires sont en place pour discuter des problèmes de santé ou discuter des questions de gestion de programme ou encore des deux**

---

---

**Discussion:** La participation communautaire à la prise de décisions dans le secteur de la santé, soit au niveau programmatique, soit au niveau des politiques, ne se fait pas automatiquement. Généralement, il existe une résistance à une telle participation. Par conséquent, l'existence de cadres et de structures opérationnelles qui permettent la participation communautaire représentent une étape positive en vue de renforcer le potentiel de pérennisation.

**Sources de données:** Dossiers des programmes, Ministère de la Santé, autorités sanitaires au niveau local ou régional, interviews avec des personnes connaissant bien la situation.

**Référence:** Adapté de Towards Well-Functioning Health District in South Africa : A Vision and Indicators for Assessing Progress, Centre pour les Politiques sanitaires, Université de Witwatersrand, 1997.

---

---

**Indicateur 3: Pourcentage de communautés locales ayant les pouvoirs suivants : recrutement/licenciement du personnel, mobilisation et rétention des recettes, ainsi que planification et application budgétaires**

---

---

**Discussion:** Le niveau le plus élevé d'habilitation communautaire et la mesure dans laquelle les communautés, surtout les secteurs non sanitaires, sont responsables de gérer une partie ou l'intégralité des affaires du secteur de la santé. Il existe des risques au niveau de cette délégation de responsabilités, mais la pérennisation des programmes de planification familiale et de santé est meilleure quand les communautés locales assument une plus grande part des responsabilités pour le secteur de la santé. Les types de pouvoir confiés à la communauté sont des preuves de l'engagement de celles-ci. Les communautés locales peuvent être définies tel qu'approprié pour le programme de l'USAID et la zone géographique où elles vivent. Elles peuvent concerner des institutions de collectivités locales, des départements sanitaires locaux et d'autres structures au niveau local qui ont une responsabilité décentralisée pour le système de santé.

Cet indicateur ne cherche pas un niveau absolu de responsabilité au niveau local. Vu la décentralisation plus importante, la communauté locale (à savoir, les structures gouvernementales

ou les comités de santé locaux) doit recevoir certains pouvoirs si on lui confie des responsabilités plus grandes. Cet indicateur suppose que, jusqu'à présent, les systèmes sanitaires en Afrique ont été très centralisés. D'autres indicateurs reposent sur des idées analogues : pourcentage de revenus de partage des coûts gardés au niveau de la formation sanitaire et pourcentage du budget de la formation programmée au niveau de celle-ci. (Voir discussion sous Pérennisation Financière.) Ces deux indicateurs quantifient la notion de pouvoir dont il est question dans l'Indicateur 3. Une discussion plus détaillée des systèmes institutionnels, par exemple, les systèmes de gestion des ressources humaines et de comptabilité sont donnés sous la section Capacité Institutionnelle.

**Sources de données:** Examen des pouvoirs communautaires et régionaux, Ministère de la Santé, Ministère des Collectivités locales, Ministère de la Planification

**Référence:** Groupe de Travail AFR/SD.

---

---

**Indicateur 4: Satisfaction communautaire avec a) son niveau de participation à la prise de décisions du système de santé, et b) le système de santé en général (divisé par hommes et femmes)**

---

---

**Discussion:** En tant qu'indicateur de tendance, l'information témoigne de l'opinion communautaire : celle-ci se sent-elle compétente pour participer aux décisions du système de santé ? Elle voit également dans quelle mesure la participation peut modifier l'opinion que se fait la communauté du système de santé en général. De même, la participation des femmes risque de ne pas se faire automatiquement et diviser les

données par sexe est une manière de suivre les progrès au niveau de la participation des femmes.

**Sources de données:** Enquêtes spéciales d'échantillons limités des diverses communautés pour inclure différents groupes.

**Référence:** Groupe de Travail AFR/SD.

---

---

**Indicateur 5: a) Présence de la représentation du secteur de la santé auprès de comités nationaux ou locaux non sanitaires et/ou b) présence de la représentation du secteur non sanitaire auprès des comités de santé locaux/nationaux**

---

---

**Discussion:** La pérennisation des programmes de santé dépend partiellement du soutien que reçoit le secteur de la santé d'autres secteurs de la communauté, ainsi que la mesure dans laquelle les secteurs non sanitaires participent à la programmation synergique avec le secteur de la santé. Cette relation dans les deux sens devrait exister à tous les niveaux. L'accent devrait être mis sur la documentation de deux relations clés : celle qui demande des décisions d'octroi de ressources (par exemple, le Ministère des Finances et de la Planification ; les ministères qui allouent les crédits, tels que l'eau et

l'assainissement) et celle qui suppose des décisions au niveau des programmes (par exemple, eau et assainissement, agriculture et nutrition). L'attention devrait être donnée aux comités et à des structures analogues car ils sont plus faciles à documenter que les relations informelles.

**Sources de données:** Examens de secteur, autorités sanitaires locales.

**Référence:** Groupe de Travail AFR/SD et Projet de Santé environnementale.



## **B. Pérennisation des indicateurs de la demande**

Le concept de la **Demande** apparaît à deux endroits du cadre conceptuel de la pérennisation, d'abord comme composante essentielle de programme, de pair avec l'**Accès**, la **Qualité** et la **Pérennisation**, et deuxièmement comme sous-composante de la **Pérennisation** (voir Figure 2). Dans le premier contexte, il s'agit de la création de la demande des services de planification familiale et de santé. Dans le second contexte, l'accent est mis sur le maintien d'un niveau suffisant de demande pour que les services de planification familiale et de santé restent à des niveaux acceptables. Maintenir de cette manière la demande est une fonction qui devrait être assumée par les organisations des pays hôtes sans appui des bailleurs externes.

La demande effective et le maintien ou la pérennisation de la demande sont des concepts différents et, par conséquent, doivent être mesurés de manière différente. En ce qui concerne la mesure de la pérennisation de la demande, de simples mesures de la demande effective ne suffisent pas. De fait, il faut chercher à mesurer si la demande est effectivement maintenue alors que les ressources locales remplacent les crédits des bailleurs de fonds. Il faut suivre plusieurs dimensions de la pérennisation de la demande.

### **1. Capacité de payer**

Un élément essentiel de la pérennisation repose sur la Capacité de Payer pour les produits et services de planification familiale et de santé dont ont besoin les gens pour rester en bonne santé. La Capacité de Payer est dépendante du contexte socioéconomique (discuté auparavant sous Facteurs Externes). La pauvreté extrême ou l'indigence signifie parfois qu'à moins que des produits et services ne soient donnés quasiment gratuitement, peu de personnes auront un accès adéquat. Si l'on veut maintenir en place un système de santé équitable, il faut tenir compte de la connaissance des services et pratiques de planification familiale et de santé au sein de la population peu desservie et défavorisée, ainsi que de l'accès de cette population à ces services. La Capacité de Payer est étroitement liée à la Volonté de Payer ; sans demande soutenue pour les services, les personnes qui ont les moyens (même si elle est créée par le biais des Mécanismes de Protection notés ci-après) ne consulteront pas les services.

#### **a. Mécanismes de protection**

L'accès est un facteur d'importance critique pour maintenir les résultats de santé sur l'ensemble de la population. Aux fins de garantir un accès équitable, il faut mettre en place des Mécanismes de Protection et/ou filets de sécurité adéquats. Ces mécanismes sont les suivants : études des moyens économiques, exonérations, échelles dégressives et fonds de solidarité de la communauté.

---

---

**Indicateur 1: Existence d'exonérations, dispenses de payer et autres mécanismes de protection (subventions croisées, dons de péréquation du gouvernement, etc.)**

---

---

**Définition:** Existence de mécanismes qui couvrent les coûts des soins de santé par le biais de subventions, de dispenses ou d'exonérations pour les consommateurs dans le quintile de revenus le plus faible par habitant.

**Discussion:** L'équité est définie essentiellement du point de vue accès géographique et économique ou comme accès universel à un ensemble de services de base de planification familiale et de santé efficaces par rapport aux coûts. Dans certains programmes, les inégalités

de revenus sont la priorité et des indicateurs sont utilisés pour mesurer les subventions reçues des systèmes de santé du gouvernement. Dans tous les cas, des mécanismes d'équité ou de protection sont conçus pour protéger les pauvres.

**Source de données:** Ministère de la Santé.

**Référence:** Partenariats pour la Réforme de la Santé. Measuring Health System Performance : A Handbook of Indicators, septembre 1997, p.20.





## 2. Attitude

Si l'on veut maintenir la demande à long terme, il faut imbriquer, dans les cultures locales, la connaissance et les attitudes favorables face aux soins de santé modernes et aux comportements de consultation des prestations sanitaires. Si le comportement sain est estimé à sa juste valeur – c'est-à-dire qu'il devient extrêmement important dans une culture – alors nous pouvons assumer que les gens continueront à se rendre dans les services modernes de planification familiale et de santé et qu'ils adopteront un comportement visant à une bonne santé, même quand se termine le soutien du bailleur de fonds. Par conséquent, la méthode clé pour mesurer la demande durable est de mesurer les attitudes des personnes face aux comportements sains ou les valeurs accordées à ces comportements.

La mesure des valeurs pose toutefois un grand nombre de problèmes techniques. Il est difficile d'identifier un outil pour saisir un sujet amorphe. Les réponses des enquêtes sont généralement biaisées par la tendance à fournir une réponse socialement acceptable ; dire à l'enquêteur ce que l'on juge être la réponse souhaitée ou correcte. De plus, de telles enquêtes ne saisissent que des valeurs ponctuelles vraies à tel ou tel moment.

Aucune des diverses méthodes de mesure des valeurs ne traite adéquatement de la persistance de la demande, qui est la qualité essentielle et durable que les programmes cherchent à mesurer. Les méthodes existantes en vue de mesurer la volonté de payer portant, par exemple, sur des modèles d'estimation des imprévus (qui cherchent à déterminer le poids de multiples facteurs contribuant à la décision d'une personne) sont utiles pour prendre des décisions programmatiques, mais ne suffisent pas à saisir entièrement le concept de la demande durable en tant que valeur culturelle.

L'évaluation de la connaissance de comportements sains est proposée comme mesure supplétive de la demande, mais le fait de simplement connaître quelque chose n'indique pas forcément une attitude favorable à son égard. La relation entre connaissance, attitudes et comportement peut également être variable suivant les sous-secteurs de la planification familiale et de la santé, par exemple, l'on peut très bien supposer que la plupart des personnes qui connaissent les avantages de la vaccination des enfants contre les maladies infantiles auront une demande relativement forte pour les services de vaccination. Cela ne veut pas forcément dire que les personnes qui comprennent la contraception vont planifier leur famille en fonction de la taille idéale de la famille ou de l'espacement idéal des naissances.

La mesure du comportement plutôt que des valeurs est également insuffisante car il n'est faisable d'observer le comportement que de manière transversale. Le comportement à un moment donné, comparé aux valeurs ou attitudes fondamentales, ne prédit pas le comportement futur. Les valeurs professées par les gens ne correspondent pas toujours à leur comportement. Souvent, les gens indiquent qu'ils vont faire une chose alors qu'ils en font une autre. Mais en évaluant les valeurs, nous obtenons du moins une indication de ce qui devrait être important dans cette culture locale et c'est probablement la meilleure mesure permettant de prévoir la pérennisation de la demande.

Au-delà des essais faits pour mesurer les valeurs et les attitudes, pour garantir la pérennisation de la demande, il faut des mécanismes qui perpétuent la demande au sein du groupe desservi. Cette dimension est donnée dans le cadre par le Soutien Communautaire et la Communication pour le Changement de Comportement (CCC). La Volonté de Payer cherche à fournir une indication de la valeur (mesurée en termes financiers, d'opportunité ou autres coûts) que les gens accordent à l'utilisation des services de planification familiale et de santé et à la pratique de comportements sains.



**a. Soutien communautaire**

Le Soutien Communautaire est d'importance cruciale pour maintenir la demande à long terme pour les services de planification familiale et de santé. La mobilisation communautaire et la participation à la gestion et au soutien du système sanitaire local accroissent les chances de pérennisation. Les normes sociales jouent un rôle pour perpétuer la demande des services de planification familiale et de santé et de comportements sains, et devraient être encouragées et maintenues grâce à la participation communautaire active à la planification familiale et aux services de santé. Un tel soutien encourage la demande, tant pour les services au niveau des formations sanitaires que pour les changements comportementaux au sein des ménages et chez les diverses personnes.

---

---

**Indicateur 1: Pourcentage de communautés ayant des comités de santé locaux fonctionnels qui tiennent des réunions régulières**

---

---

**Discussion:** Le soutien communautaire est très important pour maintenir la demande à long terme pour les services de planification familiale et de santé. L'existence de comités sanitaires au sein des communautés est une condition nécessaire, mais non pas suffisante pour le soutien communautaire. Ces comités doivent être actifs et représentatifs de la population (les femmes en particulier devraient être présentes au sein des comités). Il n'est pas pratique de mesurer les

activités de santé communautaire, mais l'on peut du moins avoir une indication de leur fonctionnement quand ils tiennent des réunions régulières. Il convient de définir davantage au niveau du pays ce qui est « fonctionnel ».

**Source de données:** Enquêtes communautaires.

**Référence:** Groupe de Travail AFR/SD.

---

---

**Indicateur 2: Pourcentage de communautés ayant une certaine forme de système de distribution communautaire**

---

---

**Discussion:** La distribution à base communautaire (DBC) est essentiellement une stratégie visant à élargir l'accès à la planification familiale, mais elle peut également jouer un rôle très important pour renforcer le soutien communautaire à l'égard de divers types d'autres services sanitaires que les soins maternels et infantiles. Même si l'on n'est pas entièrement sûr que la DBC a un effet positif sur le soutien communautaire, celle-ci fournit du moins une certaine indication de l'acceptation communautaire des pratiques sanitaires

modernes. Mais la DBC n'est pas le moyen idéal de fournir tous les types de services de planification familiale et de santé et il ne faudrait pas interpréter l'inclusion de cet indicateur dans le modèle de pérennisation comme une suggestion indiquant que la DBC devrait être un élément clé de toute stratégie nationale.

**Source de données:** Enquêtes communautaires.

**Référence:** Groupe de Travail AFR/SD.

---

---

**Indicateur 3: Pourcentage de la population (ou hommes et femmes) qui disent qu'il est « extrêmement important » [de pratiquer un comportement sanitaire préventif], par exemple:**

---

---

- (A) **Faire vacciner les enfants contre toutes les maladies de l'enfance avant le premier anniversaire;**
- (B) **Pour les mères enceintes, faire des visites prénatales au centre de santé;**
- (C) **Espacer les naissances de leurs enfants; et**
- (D) **Utiliser des mesures préventives acceptées contre le SIDA/IST**

**Discussion:** L'idée essentielle dans cet indicateur est d'évaluer si la population pense qu'il est important de pratiquer des comportements modernes de planification familiale et de santé. L'indicateur est présenté sous forme générale afin de pouvoir le modifier de sorte à ce qu'il corresponde aux différentes stratégies de programme et différents mécanismes de suivi. Pour avoir une indication de la manière dont la population voit les pratiques modernes de planification familiale et de santé, il faut inclure de multiples questions traitant chacune d'un aspect particulier du comportement sanitaire et ensuite, calculer une moyenne cumulée des réponses par rapport à l'ensemble de questions. Il faut également structurer les questions pour qu'elles se rapportent uniquement ou essentiellement aux aspects du comportement sanitaire que le programme du pays cherche à promouvoir.

Une échelle de réponses à cinq niveaux du type Likert est également recommandée pour cet indicateur avec une fourchette allant de « extrêmement important », « plus ou moins important », « incertain », « relativement peu important » et « sans importance aucune ». L'on recommande de faire uniquement le compte rendu du pourcentage des répondants qui disent que les pratiques de planification familiale et de santé sont « extrêmement importantes » car c'est l'attitude cherchée pour maintenir la demande des services de santé et de planification familiale.

L'analyse d'autres réponses, ainsi que de la composition et des corrélats des réponses de la population, dégage également une information utile pour la prise de décisions au niveau du programme. Par exemple, s'il existe un pourcentage élevé de répondants qui disent qu'ils « ne savent pas » ou qui sont neutres face à l'importance de ces comportements sanitaires, cela peut montrer que les mécanismes de communication sont inadéquats. Il est également utile du point de vue analytique d'inclure à l'enquête d'autres questions de valeur qui se rapportent à d'autres domaines de la vie outre la santé, par exemple, la nourriture et l'éducation des enfants. Les questions par rapport à ces valeurs autres que la santé peuvent fournir une base permettant de comparer l'importance de la santé à d'autres domaines.

La mesure des valeurs se rapportant aux services et comportements de planification familiale et de santé pourrait fournir une information utile si les résultats sont désagrégés par sexe du répondant. Par exemple, les stratégestes CCC trouvent qu'il est utile de savoir si les hommes ou les femmes ont tendance à accorder plus de valeur à la santé ou s'il existe des différences par sexe dans le classement des questions sanitaires.

**Source de données:** Enquêtes auprès des ménages.

**Référence:** Groupe de Travail AFR/SD.

**b. Communication pour le changement de comportement**

L'objectif est de mesurer s'il existe des mécanismes stables, efficaces et soutenus au niveau local en vue d'encourager la demande ou de promouvoir le changement de comportement pour l'adoption de pratiques favorisant une bonne santé. La présence d'une organisation locale capable de concevoir, de réaliser et d'évaluer une campagne de communication sur un thème sanitaire accroît la pérennisation des activités de communication pour le changement de comportement.

---

---

**Indicateur 1: Existence d'une stratégie à long terme de Communication pour le Changement de Comportement (CCC) pour assurer une demande durable des services de santé et de planification familiale**

---

---

**Discussion:** La première étape d'un mécanisme permanent en vue d'éduquer et de persuader une population pour qu'elle adopte des pratiques sanitaires modernes est l'existence d'une stratégie de communication avec la population.

**Sources de données:** Plans de travail, Ministère de la Santé

**Référence:** Groupe de Travail AFR/SD.

---

---

**Indicateur 2: Présence d'un programme CCC axé sur les services et les comportements de santé et de planification familiale qui sont financés, du moins partiellement, par le gouvernement du pays hôte**

---

---

**Discussion:** L'aspect clé de cet indicateur, c'est que le programme CCC reçoit un soutien financier du gouvernement et qu'il ne dépend pas entièrement des bailleurs de fonds ou du secteur privé. Le financement public démontre l'engagement du Ministère de la Santé en vue d'éduquer la population ou de la motiver pour qu'elle adopte des méthodes modernes de planification familiale et de santé.

**Sources de données:** Ministère de la Santé, Ministère de la Planification

**Référence:** Groupe de Travail AFR/SD.

---

---

**Indicateur 3: Présence d'une organisation approuvée par le gouvernement responsable de mettre en œuvre une stratégie à long terme CCC pour les services de santé et de planification familiale**

---

---

**Discussion:** Outre une stratégie à long terme CCC et un soutien financier pour la CCC, il faut également un système d'application. Ce système devrait inclure le gouvernement, les organisations non gouvernementales et les entreprises du secteur privé. Il est important qu'il existe les moyens nécessaires de mettre en œuvre la stratégie à long terme CCC. Cet indicateur est dichotome dans sa forme de base (car il mesure simplement la présence ou l'absence d'un tel

système), mais l'utilisation de cet indicateur devrait s'accompagner d'une certaine description qualitative et évaluation du système d'application.

**Sources de données:** Ministère de la Santé, Ministère du Plan, accords de pays (entre les ONG et les gouvernements)

**Référence:** Groupe de Travail AFR/SD.

**c. Volonté de payer/utilisation**

En supposant qu'une proportion suffisante de la population devant être desservie ait la Capacité de Payer pour les produits et les services, la question est de savoir si les gens ont effectivement la volonté de payer. Les gens sont-ils prêts à payer les coûts d'opportunité liés à la pratique de comportements sains? La communauté est-elle prête à soutenir la prestation de services de planification familiale et de santé, financièrement et autrement? Ces attitudes sont des composantes importantes de la pérennisation.

Dans des situations de vie ou de mort, la demande pour les services de planification familiale et de santé peut être très inélastique ou rester importante, quels que soient les coûts connexes. Mais il n'en va pas de même pour les soins préventifs. Les gens ne seront pas toujours prêts à consacrer une partie importante de leurs revenus aux soins de santé préventive, à moins qu'ils n'aient appris à en apprécier la valeur. Ils doivent également juger que les prestataires de la planification familiale et des soins de santé sont des personnes compétentes, courtoises et efficaces. Un centre local de santé a besoin de plus que d'un bon soutien financier de la communauté pour rester viable.

Les comportements sanitaires commencent à la maison et ne demandent pas toujours un investissement financier (par exemple, l'allaitement maternel), mais ils demandent un engagement qui suppose une attitude positive à l'égard de l'impact sur la santé et une connaissance de cet impact. Tous ces facteurs au niveau des attitudes peuvent être influencés par la communication pour le changement de comportement qui accroît le soutien et améliore les attitudes en vue d'utiliser et de payer pour les produits et services de planification familiale et de santé quand c'est nécessaire. La CCC joue également un rôle d'importance critique pour perpétuer les comportements positifs de santé à domicile.

---

---

**Indicateur 1: Différence entre le pourcentage de ménages vivant dans un rayon de 5 km et le pourcentage de ménages dans un rayon de 5,1 à 10 km d'un centre de santé utilisant ce centre**

---

---

**Discussion:** Cet indicateur vise à appliquer le concept de l'élasticité de la demande pour les services de planification familiale à la question du maintien de la demande. L'élasticité est la mesure dans laquelle la demande pour les biens et services répond aux changements de coûts. Plus la demande est élastique, plus elle répond aux changements des coûts, diminuant quand les coûts s'accroissent et augmentant quand les coûts diminuent. Si la demande est inélastique, elle tend à rester constante alors que fluctuent les coûts ou à changer lentement en réponse à la variation des coûts. Le concept repose sur le principe suivant : la demande inélastique est signe de demande durable. Si les gens continuent à consulter les services de planification familiale et de santé, quels que soient les coûts pour obtenir ces services, on peut en conclure que les gens pensent que les services sont essentiels ou du moins très importants.

Mesurer l'élasticité de la demande en utilisant uniquement le coût monétaire du service ne fournira probablement que des données erronées ou ambiguës car certains segments de la population seront exclus à cause de leur incapacité de payer, non pas qu'ils ne veulent pas payer, mais plutôt qu'ils ne peuvent pas payer. Mesurer d'autres obstacles tels que l'accessibilité en tant que coût de service est une mesure plus équitable. L'indicateur de ce modèle utilise la distance à un établissement de soins de santé primaires comme mesure de coût du point de vue

temps et énergie investis pour se déplacer à l'établissement. Si les taux d'utilisation pour les deux distances sont analogues, on peut en conclure que la demande pour les services de planification familiale et de santé est relativement inélastique. S'ils sont différents, cela suggère que la demande est élastique et, par conséquent, moins durable. La question de ce qui constitue des taux d'utilisation « analogues » doit être étudiée par le biais de recherche et d'analyse, mais il faut également la déterminer localement.

La phrase « dans des communautés choisies » est importante car l'on sait qu'il n'est ni approprié ni valide d'appliquer cette mesure à toutes les communautés. Il faut tenir compte de l'infrastructure physique, de la taille et de la composition de la communauté. Une enquête en vue de mesurer l'élasticité de la demande de cette manière devrait utiliser une méthode d'échantillonnage limitée uniquement aux communautés où l'on peut s'attendre à une comparaison raisonnable des taux d'utilisation du centre de santé, par distance.

**Sources de données:** Enquêtes auprès des ménages, dossiers des formations sanitaires, Ministère du Plan

**Référence:** Groupe de Travail AFR/SD.

---

---

**Indicateur 2 : Changement dans les taux d'utilisation des formations sanitaires dans le mois avant et après un changement passant de services gratuits à des services payants**

---

---

**Discussion :** Bien que l'utilisation de cet indicateur se limite aux cas où un programme couvre la période entourant ce changement de politiques, l'absence d'une chute des taux d'utilisation peut indiquer que les clients sont prêts à payer pour les mêmes services qu'ils ont obtenus gratuitement auparavant. Mais, dans la plupart des cas, la demande diminuera pour commencer et ensuite, elle augmentera à nouveau alors que la population procède aux ajustements nécessaires pour payer les services.

Aussi, est-il important de suivre cet indicateur dans le temps. Cette situation contrôle, dans une certaine mesure, les changements éventuels de la qualité (car le suivi porte sur une brève période). Elle peut avoir pour variable interférente la capacité de payer.

**Sources de données :** Dossiers des formations sanitaires, Ministère de la Santé.

**Référence :** Groupe de Travail AFR/SD.

## ANNEXE A : Glossaire

<b>Renforcement des capacités:</b>	Ensemble d'activités et d'actions qui aident l'institution ou la personne bénéficiaire à renforcer ses capacités, compétences et aptitudes à planifier, à réaliser et à évaluer des programmes ou des politiques.
<b>Distribution à base communautaire (DBC):</b>	Les programmes DBC reposent sur un réseau de volontaires formés ou d'agents payés qui habitent et travaillent dans leur communauté et qui s'occupent de la vente ou de la distribution de produits de planification familiale et de santé ne nécessitant pas une ordonnance, par exemple, les condoms ou les sachets de SRO. Souvent, les agents DBC font des visites à domicile, donnent des conseils sanitaires et orientent vers les établissements de santé. De tels programmes élargissent l'accès aux services de santé, surtout pour les communautés à une certaine distance des formations sanitaires.
<b>Habilitation communautaire:</b>	L'habilitation communautaire concerne le niveau d'engagement d'une communauté dans le processus décisionnel se rapportant aux biens et services disponibles pour ses habitants.
<b>Fonds de solidarité communautaire:</b>	Les fonds de solidarité communautaire sont des mécanismes de protection pour élargir l'accès du pauvre aux services de planification familiale et de santé. Les communautés versent de l'argent à un fonds central qui garantit la disponibilité de ressources pour couvrir les coûts de santé des membres indigents de la population. Les fonds de solidarité peuvent également être utilisés pour aider à couvrir des soins d'urgence, par exemple, les évacuations en cas d'urgence.
<b>Modèles d'estimation des imprévus:</b>	Ces modèles cherchent à déterminer le poids de multiples facteurs qui contribuent à telle prise de décisions ou placent une valeur sur chacun des imprévus pouvant influencer le comportement. Les modèles d'estimation des imprévus visent à prédire le comportement en fonction de ces facteurs.
<b>Subventions croisées:</b>	Fonds générés par tel programme du système de prestation sanitaire et utilisés pour financer un autre programme. Par exemple, les fonds recouverts par les services curatifs peuvent être utilisés pour financer l'éducation sanitaire préventive.

- Décentralisation:** Processus de politiques et de planification par le biais duquel un gouvernement confie le pouvoir, le contrôle budgétaire et la responsabilité pour le personnel au sein des secteurs public et privé du pays. Le degré et la forme de décentralisation varient d'un pays à l'autre. La décentralisation « rationnelle » concerne un processus de planification attentive qui envisage les conséquences positives, négatives et imprévues des diverses options et continue à évaluer l'évolution d'une politique donnée et à répondre aux résultats. C'est le processus visant à déléguer les pouvoirs et la responsabilité de la planification, de la gestion et de l'évaluation à des niveaux inférieurs d'un système, par exemple, d'un niveau central à des gouvernements provinciaux.
- Efficience:** Le concept concerne l'utilisation optimale des ressources et il comporte trois dimensions : distribution, technique et économie. Chaque dimension est définie ci-après.
- Efficacité de la distribution:** L'on parle d'efficacité de la distribution dans un système de santé quand le bénéfice social marginal de la dernière unité de service produite est égal à son coût social marginal. En d'autres mots, un système comporte une distribution efficace si les ressources sont employées dans les domaines où les produits/ services fournissent des rendements relativement plus élevés que les buts fixés par le système. Par exemple, les investissements dans les soins de santé primaires obtiennent généralement des rendements plus élevés du point de vue réduction de morbidité et de mortalité que les investissements dans les soins curatifs. Par conséquent, il sera plus efficace pour les gouvernements d'octroyer des ressources à investir dans les soins de santé primaires que dans les soins curatifs.
- Efficacité technique:** Un système est efficace du point de vue technique quand il produit le niveau maximum de rendement/services pour un ensemble donné d'intrants.
- Efficacité économique:** Un système est efficace du point de vue économique quand il utilise des combinaisons d'intrants qui lui permettent de produire un niveau donné de services au coût le plus faible.
- Efficacité:** Un système est efficace s'il est organisé et si ses ressources sont disposées de sorte à atteindre les objectifs stipulés. Le coût-efficacité concerne le processus visant à atteindre un objectif de la manière la moins coûteuse.
- Elasticité:** L'élasticité est la mesure dans laquelle la demande pour les biens ou services répond aux changements de coûts. Plus une demande est élastique, plus elle répond aux changements de coûts, diminuant quand les coûts augmentent et augmentant quand les coûts baissent. Si la demande est inélastique, elle tend à rester constante alors que les coûts fluctuent ou elle change lentement en réponse à des coûts qui varient.

<b>Contexte favorable:</b>	La somme des conditions nécessaires pour encourager la formulation, le test, l'adoption, la réalisation et l'évaluation de manière constructive des politiques et stratégies. S'agissant des conditions et actions qui permettent de diminuer les barrières entravant l'examen et l'adoption de politiques ainsi que celles qui cherchent à créer des conditions positives soutenant l'évolution d'une politique et/ou d'une stratégie donnée. Il s'agit de l'environnement (et de ses composantes) qui permet l'évolution d'une politique ou d'une stratégie.
<b>Equité:</b>	Accès comparable aux services de santé pour tous les groupes de la population. <sup>1</sup>
<b>Pérennisation financière:</b>	Financement fiable adéquat pour maintenir les services actuels de planification familiale et de santé qui produisent l'état de santé souhaité au sein d'une population croissante et qui couvrent les coûts d'une meilleure qualité et d'une plus grande disponibilité, porté à des niveaux acceptables. <sup>2</sup>
<b>Dons de péréquation du Gouvernement:</b>	Dons qui égalisent l'octroi de ressources entre les régions ou les zones géographiques (rurales/urbaines).
<b>Produit intérieur brut (PIB):</b>	Total de biens et services pour l'utilisation finale produit par des résidents et non-résidents dans une économie, quelle que soit l'affectation entre biens nationaux et étrangers. Cela n'inclut pas les déductions pour amortissement ou l'épuisement et la dégradation des ressources naturelles. <sup>3</sup>
<b>Produit national brut (PNB):</b>	Le PIB plus les revenus de facteurs nets de l'étranger moins les paiements analogues faits à des non-résidents qui contribuent à l'économie nationale. <sup>4</sup>
<b>Institution:</b>	Toute organisation ou tout groupe qui fournit des services de santé et/ou de planification familiale. De telles institutions comprennent les ministères de la santé, les cliniques privées, les hôpitaux et les groupes de santé communautaires.
<b>Echelle Likert:</b>	Gamme de réponses possibles à une question d'un extrême à l'autre en fonction d'un classement ordinal correspondant des réponses possibles.
<b>Test des moyens économiques:</b>	Processus permettant d'évaluer la capacité de payer pour un ensemble donné de biens ou services en fonction des revenus et/ou de la situation financière.

---

1 *Issue Briefs Topic 3 : Cost Recovery's Impact on Quality, Access and Equity*, Abt Associates, Inc., Health Financing and Sustainability Project, USAID, p.1.

2 *Issue Briefs Topic 2 : Financial Sustainability*, Abt Associates, Inc., Health Financing and Sustainability Project, USAID, p.1.

3 *1997 Human Development Index*, Programme de Développement des Nations Unies (PNUD).

4 Ibid.

5 *Un document de travail sur les Indicateurs de Santé et de Planification familiale : un outil pour les cadres de résultats*, p.11, Office du Développement durable du Bureau Afrique de l'USAID (AFR/SD)

<b>Politique:</b>	Plan ou action visant à influencer et à déterminer les décisions, les actions et les autres questions.
<b>Secteur privé:</b>	Participation de toutes les sources autres que le secteur public : ONG ; prestataires privés à but lucratif tels que les pharmaciens, les médecins privés et les guérisseurs traditionnels et organisations non séculaires, telles que les centres religieux.
<b>Mécanismes de protection:</b>	Aux fins de garantir l'accès équitable, il faut mettre en place des mécanismes de protection, notamment test des moyens économiques, exonérations, échelle régressive et fonds de solidarité de la communauté. Dans certains programmes, les inégalités des revenus sont la priorité et les indicateurs sont utilisés pour mesurer les subventions des services fournis par les systèmes sanitaires publics. Dans tous les cas, les mécanismes d'équité ou de protection sont conçus pour protéger le pauvre.
<b>Secteur public:</b>	Apport du gouvernement hôte et des bailleurs de fonds.
<b>Approches sur l'ensemble du secteur:</b>	Les approches sur l'ensemble du secteur représentent une nouvelle direction en vue de donner aux gouvernements plus de contrôle sur les ressources des bailleurs de fonds. Les Programmes d'Investissement dans le Secteur (PIS) en sont un exemple. La présence d'un PIS implique un long processus par le biais duquel le gouvernement national et les bailleurs de fonds conviennent d'une direction commune pour l'assistance en santé publique. La planification et la programmation conjointes des bailleurs de fonds deviennent de plus en plus importantes aux niveaux plus faibles des systèmes de soins de santé.
<b>Echelle de tarification Dégressive:</b>	C'est un exemple de mécanisme de protection. Ces échelles dégressives représentent la pratique consistant à ajuster les tarifs des prestations en fonction de certains critères, généralement le niveau de revenus du client. Une telle tarification souple représente une subvention en vue d'élargir l'accès pour le pauvre qui, autrement, ne pourrait peut-être pas se permettre de consulter les services.
<b>Pérennisation:</b>	La capacité des entités du pays hôte (communautaires, publiques et/ou privées) à assumer la responsabilité des programmes et/ou résultats sans se répercuter de manière négative sur la capacité de maintenir ou de continuer les objectifs ou résultats du programme. <sup>5</sup> Dans ce document, la priorité est accordée au maintien de l'état de santé et la définition de la pérennisation suppose que les programmes de planification familiale et de santé changent et s'adaptent en fonction de l'information venant constamment sur l'environnement et les besoins de la population desservie.

---

<sup>1</sup> Un document de travail sur les Indicateurs de Santé et de Planification familiale : un outil pour les cadres de résultats, p.11, Office du Développement durable du Bureau Afrique de l'USAID (AFR/SD).

## **ANNEXE B : Liste des indicateurs de la pérennisation**

### **A. Pérennisation des indicateurs de systèmes**

#### **1. Pérennisation financière**

##### **a. Mobilisation de ressources**

Indicateur 1: Dépenses sanitaires publiques en tant que pourcentage du PIB

Indicateur 2: Pourcentage du total des dépenses sanitaires financé par les bailleurs de fonds.

Indicateur 3: Total des dépenses par habitant pour la santé

Indicateur 4: Sources de financement de la santé et leurs parts relatives des dépenses totales.

Indicateur 5: Pourcentage du total des dépenses sanitaires recouvré par le biais de divers mécanismes de partage des coûts.

Indicateur 6: Pourcentage des recettes du partage de coûts gardé dans la formation sanitaire.

Indicateur 7: Pourcentage du budget de la formation sanitaire programmé au niveau de la formation sanitaire.

##### **b. Octroi efficace et utilisation des ressources**

Indicateur 1: Pourcentage du budget de santé nationale accordé aux soins primaires.

Indicateur 2: Pourcentage des dépenses sanitaires publiques accordé aux soins primaires.

Indicateur 3: Dépenses liées au personnel en tant que pourcentage du total des dépenses de fonctionnement de la santé.

#### **2. Capacité institutionnelle**

##### **a. Planification et gestion**

Indicateur 1: Présence d'un plan stratégique qui comprend : (A) mission de l'institution ; (B) stratégies du court terme (5 ans) avec budgets et priorités ; (C) vision de l'institution dans le long terme (au-delà de 5 ans) ; (D) plan de ressources humaines définissant les normes du personnel et les besoins de formation ; et (E) preuve de participation à la planification de la part d'une gamme diversifiée de personnel au sein de l'institution.

Indicateur 2: Présence d'un système pour préparer les plans opérationnels annuels de l'institution, y compris les buts opérationnels, les besoins opérationnels et les budgets.

Indicateur 3: Présence d'un système régulier pour évaluer les besoins et les préférences des clients et pour ajuster les services en réponse aux changements identifiés.

Indicateur 4: Présence d'un responsable dont la description des tâches comprend la responsabilité d'évaluer les besoins et les souhaits des clients, de formuler le plan stratégique et opérationnel, de revoir le plan et d'évaluer la faisabilité opérationnelle du plan.

**b. Ressources humaines**

Indicateur 1: Politiques, règles et réglementations écrites du personnel qui sont appliquées avec constance.

Indicateur 2: Présence de descriptions de tâches détaillées, exactes et à jour.

Indicateur 3: Présence d'un système pour une évaluation régulière de la performance du personnel.

Indicateur 4: Présence d'un système pour l'évaluation régulière des besoins en formation du personnel.

Indicateur 5: Présence d'un système pour évaluer l'efficacité de la formation du personnel du point de vue de la qualité de la formation fournie et de l'adéquation de la formation par rapport aux besoins institutionnels.

Indicateur 6: Présence d'un responsable dont la description de tâches comprend l'examen et la révision des descriptions de tâches, des règles et réglementations du personnel, et l'évaluation de la performance professionnelle, des besoins en formation et des résultats de la formation.

**c. Systèmes d'information**

**c.1 Systèmes financiers**

Indicateur 1: Présence d'un système de comptabilité qui fournit régulièrement des données sur les revenus/recettes et une analyse de trésorerie en fonction de catégories de coûts de services spécifiques.

Indicateur 2: Présence d'un responsable dont la description des tâches consiste à revoir les données financières, à analyser les coûts unitaires, à faire les projections financières et à suivre les dépenses par rapport aux budgets.

## c.2 Systèmes d'information programmatique

Indicateur 3: Présence d'un système d'information qui dégage une information fiable sur les clients et les services.

Indicateur 4: Présence d'un responsable dont la description des tâches comprend la gestion du système d'information programmatique et l'utilisation de l'information sur les clients et les services aux fins de gestion et de politiques.

## d. Systèmes de logistique

Indicateur 1: Présence d'un système qui revoit périodiquement les besoins logistiques et les ressources de l'institution (véhicules, ordinateurs, etc.).

Indicateur 2: Présence d'un système de suivi des produits et de prévision des besoins, notamment un inventaire périodique et un compte rendu régulier de réception et de distribution des produits.

Indicateur 3 : Présence d'un responsable dont la description des tâches comprend l'examen périodique des ressources nécessaires et le suivi des produits.

## 3. Contexte favorable

### a. Processus de politiques

Indicateur 1: Présence d'une entité d'élaboration de politiques qui réalise l'analyse nécessaire d'une question et formule une politique.

Indicateur 2: Présence d'une politique nationale qui soutient les objectifs des programmes de planification familiale et de santé

#### **Notation sur l'échelle:**

1 = politique contient des éléments qui minent le programme

2 = politique contredit une autre politique

3 = politique délimite les éléments clés d'un programme sans conflit apparent

4 = politique spécifie les besoins essentiels pour l'application (ressources, etc.)

5 = politique contient un processus de feed-back (plan d'évaluation) qui mène à l'évolution continue de la politique.

Indicateur 3: Niveau de soutien fourni pour une politique donnée

#### **Notation sur l'échelle:**

1 = opposition active

2 = faible soutien

3 = neutre

4 = soutien solide (rhétorique)

5 = action à exécuter

Indicateur 4 : Existence de buts spécifiques de stratégie et de programme en réponse à une politique donnée.

Indicateur 5 : Présence d'un cadre légal et réglementaire pour une politique donnée.

**b. Approches sur l'ensemble du secteur**

Indicateur 1 : Existence d'un Programme d'Investissement sectoriel (PIS), d'une Approche sur l'Ensemble du Secteur (AES) ou d'un programme analogue

**Notation sur l'échelle:**

- 1 = pas de processus PIS ou AES
- 2 = désaccord quant à la direction PIS/AES ou pas de direction du Ministère de la Santé (MS)
- 3 = formulation PIS/AES, avec direction du MS
- 4 = accord quant à la direction, sous les auspices du MS, mais pas d'application concrète
- 5 = application de PIS/AES, sous la direction du MS.

Indicateur 2 : Plans et programmes conjoints des bailleurs de fonds dans des régions données

**Notation sur l'échelle:**

- 1 = pas de coordination
- 2 = les bailleurs de fonds se rencontrent périodiquement, pas de collaboration active
- 3 = plans conjoints bailleurs de fonds et/ou bailleur de fonds/gouvernement local
- 4 = mise en place de programmes conjoints
- 5 = financement de bailleurs de fonds maximisant leurs programmes mutuels et d'autres partenaires locaux.

Indicateur 3: Ratio d'assistance technique financée par les bailleurs de fonds qui utilisent les talents étrangers à la place des talents nationaux.

Indicateur 4: Présence d'une stratégie intersectorielle pour la lutte contre les maladies diarrhéiques qui comprend des volets d'eau et d'assainissement.

**c. Habilitation communautaire**

Indicateur 1: Le dialogue et la formulation en matière de politiques regroupent les ONG, les dirigeants communautaires et les représentants du secteur privé et de groupes d'intérêt spéciaux

**Notation sur l'échelle:**

- 1 = dialogue politique pas autorisé par un texte légal ou la pratique
- 2 = existence d'un système informel de dialogue
- 3 = réalisation d'enquêtes d'opinion
- 4 = système pour réunir les points de vue des nombreuses parties intéressées
- 5 = existence d'une boucle de feed-back pour les parties concernées

Indicateur 2: Nombre de régions dans lesquelles les structures décisionnelles communautaires sont en place pour discuter des problèmes de santé ou discuter des questions de gestion de programme ou encore des deux.

Indicateur 3: Pourcentage de communautés locales ayant les pouvoirs suivants : recrutement/licenciement du personnel, mobilisation et rétention des recettes, ainsi que planification et application budgétaires.

Indicateur 4: Satisfaction communautaire avec a) son niveau de participation à la prise de décisions du système de santé, et b) le système de santé en général (divisé par hommes et femmes).

Indicateur 5: a) Présence de la représentation du secteur de la santé auprès de comités nationaux ou locaux non sanitaires et/ou b) présence de la représentation du secteur non sanitaire auprès des comités de santé locaux/nationaux.

## **B. Pérennisation des indicateurs de la demande**

### **1. Capacité de payer**

#### **a. Mécanismes de protection**

Indicateur 1: Existence d'exonérations, dispenses de payer et autres mécanismes de protection (subventions croisées, dons de péréquation du gouvernement, etc.).

### **2. Attitude**

#### **a. Soutien communautaire**

Indicateur 1: Pourcentage de communautés ayant des comités de santé locaux fonctionnels qui tiennent des réunions régulières.

Indicateur 2: Pourcentage de communautés ayant une certaine forme de système de distribution communautaire.

Indicateur 3: Pourcentage de la population (ou hommes et femmes) qui disent qu'il est « extrêmement important » [de pratiquer un comportement sanitaire préventif], par exemple:

- (A) Faire vacciner les enfants contre toutes les maladies de l'enfance avant le premier anniversaire;
- (B) Pour les mères enceintes, faire des visites prénatales au centre de santé;
- (C) Espacer les naissances de leurs enfants; et
- (D) Utiliser des mesures préventives acceptées contre le SIDA/IST.

#### **b. Communication pour le changement de comportement**

Indicateur 1: Existence d'une stratégie à long terme de Communication pour le Changement de Comportement (CCC) pour assurer une demande durable des services de santé et de planification familiale.

Indicateur 2 : Présence d'un programme CCC axé sur les services et les comportements de santé et de planification familiale qui sont financés, du moins partiellement, par le gouvernement du pays hôte.

Indicateur 3 : Présence d'une organisation approuvée par le gouvernement responsable de mettre en œuvre une stratégie à long terme CCC pour les services de santé et de planification familiale.

**c. Volonté de payer/utilisation**

Indicateur 1 : Différence entre le pourcentage de ménages vivant dans un rayon de 5 km et le pourcentage de ménages dans un rayon de 5,1 à 10 km d'un centre de santé utilisant ce centre.

Indicateur 2 : Changement dans les taux d'utilisation des formations sanitaires dans le mois avant et après un changement passant de services gratuits à des services payants.

## ANNEXE C : Bibliographie

*Abt Associates Inc.* Measuring Health System Performance: A Handbook of Indicators. *Partenariats pour la Réforme de la Santé*. Septembre 1997.

*Abt Associates Inc.* Issue Brief Topics 1-5. *Health Financing and Sustainability Project*, USAID.

*BASICS*. Guide on Use of Sustainability Indicators for Immunization. *Décembre 1996*.

*Bossert T., et al.* Sustainability Strategy. *University Research Corp*. *Décembre 1990*.

*Brinkerhoff D.* Enhancing the Capacity for Strategic Management of Policy Implementation in Developing Countries. *Management Systems International*. *Implementing Policy Change Project*. *Septembre 1996*.

*Brinkerhoff D, Goldsmith A.* Analyzing the Sustainability of Development Institutions: Applications to the Agriculture and Health Sectors. *Centre de Développement de Gestion de l'Université du Maryland et Collège de Gestion de l'Université du Massachusetts*. *Juin 1990*.

*Crosby B.* Organizational Dimensions to the Implementation of Policy Change. *Management Systems International*. *Implementing Policy Change Project*. *Septembre 1996*.

*Development Associates Inc.* Training Institutional Development Matrix. *1997*.

*Durch J, Bailey L, Stoto M, ed.* Improving Health in the Community (Summary). A Role for Performance Monitoring. *Institute of Medicine*. *National Academy Press*. *1997*.

*Esselman J.* Sustainability, Sustainable Development and the Health Sector. *USAID/CDIE*. *Octobre 1994*.

*Fishtein P, Helfenbein S.* Planning for Sustainability and Tools to Help. *Management Sciences for Health*. *Juillet 1995*.

*Foreit K, Lacey L.* Toward an Analytical Framework for Sustainability of Family Planning and Health Services in Bangladesh. *Options for Population Policy*. *18 août – 14 septembre 1991*.

*Gilson L, Balfour T, Goosen V.* Towards Well-Functioning Health Districts in South Africa: A Vision and Indicators for Assessing Progress. *Centre des Politiques sanitaires de l'Université de Witwatersrand*.