

Université de Montréal

**L'évaluation de l'implantation de la politique du recouvrement
des coûts des actes de santé en Côte d'Ivoire**

par

Dje Jules Vanié Bi

Département d'Administration de la santé

Faculté de médecine

**Thèse présentée à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de
Philosophiae Doctor (Ph.D.)
en santé publique, option Gestion des services de santé**

Octobre 2002

© Dje Jules Vanié Bi



WA

5

U58

2004

v. 009



Direction des bibliothèques

AVIS

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

NOTICE

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

**Université de Montréal
Faculté des études supérieures**

Cette thèse intitulée :

**L'évaluation de l'implantation de la politique du recouvrement
des coûts des actes de santé en Côte d'Ivoire**

présentée par :

Dje Jules Vanié Bi

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

**André-Pierre Contandriopoulos
président-rapporteur**

**François Champagne
directeur de recherche**

**Nicole Leduc
codirectrice de recherche**

membre du jury

**Pierre Lombrail
examineur externe**

**Pierre Fournier
examineur interne**

représentant du doyen de la FES

Thèse acceptée le : _____

RÉSUMÉ

Au lendemain des années 1980, les systèmes de santé des pays du tiers monde furent affectés par des crises économiques : une pénurie de médicaments, une démotivation du personnel, une supervision inadéquate et inefficace, une mauvaise maintenance des équipements et bâtiments et une qualité médiocre des services. En Côte d'Ivoire (CI) le secteur de la santé à l'instar de tous les autres secteurs d'activité a connu également des réformes pour améliorer sa performance et surtout celle des hôpitaux. C'est dans cette perspective que la Politique du Recouvrement des Coûts des Actes de Santé (PRCAS) a été implantée en vue de remédier aux problèmes associés à l'insuffisance des ressources financières des dotations budgétaires. Cette politique permettrait aux hôpitaux de disposer de ressources financières additionnelles par rapport aux subventions habituellement reçues. Toutefois, les caractéristiques contextuelles d'implantation peuvent être variables d'un Centre Hospitalier (CH) à un autre. Il nous est apparu pertinent d'analyser l'impact des variables contextuelles sur le processus de production de certains effets de la PRCAS. C'est le problème auquel s'intéresse la présente recherche.

Pour atteindre cet objectif nous avons opté pour une recherche évaluative effectuée à partir de 49 CH répartis dans les 10 régions de la CI en 1998. Les données ont été recueillies par des entrevues et grilles de collecte documentaires auprès des directeurs d'hôpitaux et des experts du domaine. La méthodologie s'appuie sur une stratégie de la recherche synthétique comparative, étude de cas où nous utiliserons des méthodes de régression linéaire pour l'analyse des données.

Les résultats des analyses montrent que la performance de santé financière est associée à plusieurs variables contextuelles des CH. Les variables les plus importantes sont l'âge du directeur, l'expertise, la différenciation horizontale de l'organisation, le ratio hospitalier par personnel paramédical, le ratio d'aisance financière, la population rurale, le ratio de population par personnel médical au niveau primaire, les maladies diarrhéiques, les investissements et le nombre total de rencontres annuelles du Comité de Gestion. Ces variables sont significativement associées à la variable de santé financière (au seuil α de 0,05). L'interaction de ces variables indépendantes fait apparaître une forte contribution des

investissements avec les variables qui sont la différenciation horizontale, la population rurale, le nombre total de rencontres annuelles. D'ailleurs les associations les plus fortes sont celles où l'interaction est composée des investissements.

A la lumière de cette étude, on peut conclure qu'en terme d'analyse des organisations hospitalières de type publique, les investissements contribuent suffisamment à la réussite de la réforme de Politique du Recouvrement des Coûts des Actes de Santé en Côte d'Ivoire. Ainsi ces hôpitaux, en bonne santé financière, constituent en partie des conditions favorables de la production de bons soins de santé des populations du bassin de desserte.

Mots clés : hôpital, environnement, organisations, performance, santé, recouvrement, initiative Bamako, implantation, finance

ABSTRACT

Following the 1980s, health systems of the developing world were affected by economic crisis resulting in: lack of medication, discouraged personnel, inadequate and inefficient supervision, poor maintenance of equipment and buildings and a mediocre quality of services. In Ivory Coast (IC), the health sector witnessed significant performance-enhancing reforms – especially at the hospital level. As a response, the Cost Recovery Policy (CRP) from Bamako Initiatives (BI) was implanted in order to address problems associated with insufficient financial resources allocated in the normal budget. This policy allows hospitals to access additional financial resources compared to the funding that they would normally receive. However, the contextual characteristics of implementation can vary from one medical centre to another. It is, thus, pertinent to analyse the impact of these contextual variables on the financial health of medical centres. The latter is measured by two main categories: 1 – financial performance with respect to the medical centre's capacity (CRP financial resources on the number of beds), 2 – performance according to increases in the financial wealth received through the objectives of CRP (CRP financial resources on State funding).

This current evaluative research aims to examine the variation on an expected effect of CRP: the financial health of a medical centre. The research question is as follows: what is the impact of CRP implementation on the financial health of medical centres? In order to attain this objective, we opted for evaluative research conducted among 49 medical centres throughout the 10 regions of the Ivory Coast in 1998. Data was collected through semi-structured interviews with medical centre directors and documents analysis were conducted at the National Institute of Statistics and Ministry of Health. The methodology used in this study is based on an experimental research strategy in which we used methods of linear regression to analyse the data.

After conducting the analysis on collinearity statistics and residual values, the results disclose that financial health is associated with several contextual variables of medical centres. Three attribute groups classify the structural context: attributes of managers, attributes of the organisation and attributes of organizational context. The

analysis reveals that financial health is principally determined by either the implementation variables of CRP in its entirety or according to the following specific components: training of personnel, participation in the management of medical centre and policies of medication regulation. It is important to highlight that contextual variables influence financial health either by interaction with the process of production of the effects of financial health or through direct effects. Financial health seems to be influenced by contextual attributes of the organisation (i.e., level of economic activity, burden of global disease, regional medical resources, geographic accessibility, population density and net migration rate). According to the R Square adjusted, the explained variation of financial health varies from approximately 37% to 90%. In sum our different models that adjust the data well seem to sufficiently explain the relationship between financial health, contextual and independent variables.

Key words : hospital, environment, organisations, performance, health, recovery, Bamako initiative, implementation, finance.

TABLES DES MATIÈRES

	Pages
RÉSUMÉ	iii
ABSTRACT	v
TABLE DES MATIÈRES	vii
Liste des tableaux	xii
Liste des figures	xvi
Liste des annexes	xvii
Liste des sigles et abréviations	xviii
DÉDICACE	xxii
REMERCIEMENTS	xxiii
AVANT-PROPOS	xxiv
CHAPITRE 1 - INTRODUCTION	1
1.1 Conceptualisation du problème	2
1.1.1 Définition du problème	2
1.1.2 De l'Initiative de Bamako (IB) à la Politique de Recouvrement des Coûts des Actes de Santé en CI.....	2
1.1.3 PRCAS	4
1.1.3.1 Fondement du PRCAS.....	4
1.1.3.2 Organisation de la PRCAS : structure et fonctionnement.....	7
1.1.4 La formulation du problème.....	12
1.2 Contexte de l'étude.....	18
1.2.1 Présentation géographique	18
1.2.2 Situation politique et administrative.....	20
1.2.3 Situation économique	21
1.2.4 Situation socio-démographique.....	23
1.2.5 Situation sanitaire	26
CHAPITRE 2 - ÉTAT DES CONNAISSANCES	29
2.1 L'Initiative de Bamako (IB).....	30
2.1.1 Mise en œuvre de politiques de recouvrement.....	30
2.1.2 Effets de la mise en œuvre de la PRCAS	40

2.1.3	Variation des effets de la PRCAS et le contexte d'implantation	51
2.2	La performance.....	58
2.2.1	Performance organisationnelle	58
2.2.2	La santé financière.....	62
2.2.3	Pertinence de la performance des organisations publiques	64
2.2.4	Problèmes d'adoption des mesures de santé financière habituelle.....	67
2.3	Le contexte structurel	75
2.3.1	Les principaux modèles d'analyse d'implantation	75
2.3.2	Élément du modèle structurel.....	77
2.3.2.1	Justification théorique	77
2.3.2.2	Relation entre la santé financière et le contexte d'implantation	86
2.3.2.3	Mesure du contexte en CI	87
CHAPITRE 3 - MÉTHODE.....		89
3.1	Stratégie et devis de recherche	90
3.1.1	Stratégie de recherche	90
3.1.2	Devis de recherche	90
3.1.3	Validité interne	91
3.1.4	Validité externe	93
3.2	Population à l'étude.....	94
3.3	Définition des variables à l'étude.....	96
3.3.1	Variables de la santé financière.....	96
3.3.1.1	Mesures habituelles.....	96
3.3.1.2	Les mesures utilisées.....	96
3.3.1.3	Les raisons du choix de nos mesures de la santé financière.....	99
3.3.2	Variables de la PRCAS	100
3.3.2.1	Mesures habituelles de la PRCAS	100
3.3.2.2	Les mesures utilisées dans notre étude	100
3.3.2.3	Les raisons de notre choix de variables	102
3.3.3	Variables du contexte	106
3.3.3.1	Mesures habituelles du contexte	106
3.3.3.2	Les mesures utilisées dans notre étude	106

3.3.3.3	Les raisons de notre choix de variables	110
3.4.	Bilan de la collecte	110
3.5.	Méthode et collecte des données	111
3.5.1	Description des instruments	111
3.5.2	Qualité des instruments de mesure	111
3.5.3	Sources de données	112
3.5.3.1	Collecte de données de notre équipe.....	112
3.5.3.2	Données provenant de l'I.N.S.....	114
3.5.3.3	Données provenant de l'O.M.S.....	115
3.5.3.4	Données provenant du C.N.T.I.G.	117
3.5.3.5	Données provenant du Ministère de la Santé Publique.....	118
3.5.4	Difficultés rencontrées	118
3.6.	Méthode d'analyse des données	120
3.6.1	Analyse du contenu des entrevues et des documents	120
3.6.2	Analyse de l'association des variables	120
3.6.3	Analyses multivariées.....	121
3.6.3.1	L'influence du contexte sur la PRCAS	121
3.6.3.2	L'influence de la PRCAS sur la santé financière des CH.....	122
3.6.3.3	L'influence de la PRCAS sur la santé financière dépendamment du contexte.....	122
CHAPITRE 4 - RÉSULTATS.....		126
4.1	Description de la PRCAS.....	127
4.1.1	Les résultats concernant la description de l'implantation de la PRCAS	127
4.1.2	La santé financière.....	141
4.1.3	Les variables de contexte	155
4.1.3.1	Description des attributs du gestionnaire	155
4.1.3.2	La description des attributs de l'organisation	156
4.1.3.3	La description des attributs du contexte organisationnel.....	159
4.2	Les résultats bivariés : les mesures d'association	160
4.2.1	Association entre les variables indépendantes	160
4.2.2	Association entre les variables de contexte et la PRCAS	161
4.2.3	Association entre la PRCAS et la santé financière.....	162

4.3	Résultats multivariés	163
4.3.1	Influence du contexte sur la PRCAS.....	164
4.3.2	Influence de la PRCAS sur la santé financière.....	167
4.3.3	Influence des dimensions de la PRCAS sur la santé financière	168
4.3.4	Influence de la PRCAS sur la santé financière dépendamment du contexte	170
4.3.5	Influence de la PRCAS sur la santé financière indépendamment du contexte (l'interaction entre la dimension formation de la PRCAS et le contexte)	174
4.3.6	Influence de la PRCAS sur la santé financière indépendamment du contexte (l'interaction entre la dimension intéressement du personnel de la PRCAS et le contexte)	180
4.3.6.1	Influence de la PRCAS sur la santé financière indépendamment du contexte (l'interaction entre la dimension intéressement du personnel de la PRCAS et le contexte).....	182
4.3.7	Influence de la PRCAS sur la santé financière indépendamment du contexte (l'interaction entre la dimension couverture de la participation de la population et du personnel à la gestion de la PRCAS et le contexte).....	183
4.3.8	Influence de la PRCAS sur la santé financière indépendamment du contexte (l'interaction entre la dimension intensité de la participation de la population et du personnel à la gestion de la PRCAS et le contexte).....	185
4.3.9	Influence de la PRCAS sur la santé financière dépendamment du contexte (l'interaction entre la dimension budget du médicament de la PRCAS et le contexte).....	189
CHAPITRE 5 - DISCUSSION ET LIMITES DE L'ÉTUDE.....		204
5.1.	Discussion sur la mise en oeuvre de la PRCAS	206
5.2	Discussion sur l'influence du contexte sur la PRCAS	215
5.3	Discussion sur l'influence de la PRCAS sur la santé financière des hôpitaux	217
5.4	Discussion sur l'influence de la PRCAS sur la santé financière dépendamment du contexte	222
5.4.1	La rentabilité.....	222
5.4.2	La liquidité	226
5.4.3	L'effet d'interaction	227

5.5	Le bien-fondé du modèle.....	229
5.6	Limites de l'étude.....	241
5.7	Suggestions.....	242
5.7.1	Suggestions liées à la politique	242
5.7.1.1	Un intéressement du personnel associé à la performance individuelle	242
5.7.1.2	L'introduction d'une comptabilité de gestion.....	242
5.7.1.3	Une plus grande décentralisation.....	243
5.7.1.4	Une réactivation de la CNPRCAS	244
5.7.1.5	Un renforcement du pouvoir des COGES.....	244
5.7.1.6	Une dotation des gestionnaires de vrais pouvoirs de gestion	244
5.7.1.7	Une reconceptualisation de certains aspects de la politique des districts	245
5.7.1.8	Un entretien de la dynamique de la réforme (OCDE, 2001)	245
5.7.1.9	Implanter un système d'Assurance Sociale en Santé (ASS) (avec couverture universelle)	246
5.7.2	Suggestions liées à la méthode	247
5.7.2.1	Effectuer une autre étude moins pionnière	247
5.7.2.2	Adopter une méthodologie à la fois quantitative et qualitative.....	247
5.7.2.3	Disposer de plus de ressources	248
CHAPITRE 6 - CONCLUSION		249
CHAPITRE 7 - BIBLIOGRAPHIE.....		254
CHAPITRE 8 - ANNEXES		276

LISTE DES TABLEAUX

	Pages
TABLEAU I - Les variations des effets des PRCAS issus de l'IB	40
TABLEAU II - Le compromis rentabilité-liquidité.....	64
TABLEAU III - Schéma du bilan fonctionnel d'une organisation	68
TABLEAU IV - Répartition de la population et de l'échantillon	95
TABLEAU V - Mesures de la santé financière.....	97
TABLEAU VI - PRCAS et ses différentes dimensions	101
TABLEAU VII - Les mesures des attributs du gestionnaire*	107
TABLEAU VIII - Les mesures des attributs de l'organisation.....	108
TABLEAU IX - Les mesures des attributs du contexte organisationnel	109
TABLEAU X - Typologie des mesures d'association utilisées.....	121
TABLEAU XI - La description de la PRCAS dans les CH de la CI au mois de décembre 1998	138
TABLEAU XII - Le niveau moyen de la PRCAS selon les régions en 1998	140
TABLEAU XIII - Le compromis rentabilité-liquidité.....	142
TABLEAU XIV - La description de la santé financière des CH	144
TABLEAU XV - La distribution de la santé financière selon les CH de CI	148
TABLEAU XVI - La distribution régionale des CH selon la santé financière 1 en 1998.....	149
TABLEAU XVII - La distribution régionale des CH selon la santé financière 2 en 1998.....	150
TABLEAU XVIII - La distribution régionale des CH selon la santé financière 3 en 1998.....	151
TABLEAU XIX - La distribution régionale des CH selon la santé financière 4.....	152
TABLEAU XX - La distribution régionale des CH selon la santé financière 5 en 1998.....	153
TABLEAU XXI - Le niveau moyen de la santé financière selon les régions en 1998.....	154
TABLEAU XXII - La description des attributs des gestionnaires des CH en 1998	155
TABLEAU XXIII - La description des attributs des organisations hospitalières en 1998.....	156
TABLEAU XXIV - La description des attributs du contexte organisationnel en 1998.....	159

TABLEAU XXV -	Influence du contexte sur le niveau global de la PRCAS et sur chacune des ses dimensions.....	165
TABLEAU XXVI -	Influence du niveau global de la PRCAS sur le chiffre d'affaires par lit et la variation de chiffre d'affaires par lit	168
TABLEAU XXVII -	Influence des dimensions de la PRCAS sur la rentabilité globale et sur la rentabilité de la subvention d'exploitation.....	168
TABLEAU XXVIII -	Influence des dimensions de la PRCAS sur la variation du chiffre d'affaires par lit, le chiffre d'affaire par lit et le coefficient de mobilisation des ressources additionnelle	169
TABLEAU XXIX -	Influence des dimensions de la PRCAS sur le taux de croissance des ressources propres et la variation du coefficient de mobilisation des ressources additionnelles.....	169
TABLEAU XXX -	Influence du contexte sur PRCAS.....	170
TABLEAU XXXI -	Influence de la PRCAS sur la rentabilité globale et la rentabilité de la subvention d'exploitation dépendamment du contexte (l'interaction entre le score global de la PRCAS et le contexte).....	171
TABLEAU XXXII -	Influence de la PRCAS sur la variation du chiffre d'affaires par lit, le coefficient de mobilisation de la ressource additionnelle, le chiffre d'affaires par lit dépendamment du contexte (l'interaction entre le score global de la PRCAS et le contexte).....	172
TABLEAU XXXIII -	Influence de la PRCAS le taux de croissance des ressources propres et la variation du coefficient de mobilisation dépendamment du contexte (l'interaction entre le score global de la PRCAS et le contexte).....	173
TABLEAU XXXIV -	Influence de la PRCAS sur la rentabilité et la rentabilité globale de la subvention financière dépendamment du contexte (l'interaction entre la dimension formation de la PRCAS et le contexte).....	174
TABLEAU XXXV -	Influence de la PRCAS sur le chiffre d'affaire par lit, la variation du chiffre d'affaire par lit et le coefficient de mobilisation dépendamment du contexte (l'interaction entre la dimension formation de la PRCAS et le contexte).....	175
TABLEAU XXXVI -	Influence de la PRCAS le taux de croissance des ressources propres et la variation du coefficient de mobilisation dépendamment du contexte (l'interaction entre la dimension formation de la PRCAS et le contexte)	176
TABLEAU XXXVII -	Influence de la PRCAS sur la rentabilité globale et la rentabilité de la subvention dépendamment du contexte (l'interaction entre la dimension investissement de la PRCAS et le contexte).....	177

TABLEAU XXXVIII - Influence de la PRCAS sur la variation du chiffre d'affaire par lit, le chiffre d'affaire par lit et le coefficient de mobilisation des ressources additionnelles dépendamment du contexte (l'interaction entre la dimension investissement de la PRCAS et le contexte)	178
TABLEAU XXXIX - Influence de la PRCAS sur le taux de croissance des ressources propres et la variation du coefficient de mobilisation des ressources additionnelles dépendamment du contexte (l'interaction entre la dimension investissement de la PRCAS et le contexte)	179
TABLEAU XL - Influence de la PRCAS sur la rentabilité globale et la rentabilité de la subvention dépendamment du contexte (l'interaction entre la dimension intéressement du personnel de la PRCAS et le contexte)	180
TABLEAU XLI - Influence de la PRCAS sur la variation du chiffre d'affaires par lit, le chiffre d'affaire par lit et le coefficient de mobilisation de ressources additionnelles dépendamment du contexte (l'interaction entre la dimension intéressement du personnel de la PRCAS et le contexte).....	181
TABLEAU XLII - Influence de la PRCAS sur le taux de croissance des ressources propres et la variation du coefficient de ressources additionnelles dépendamment du contexte (l'interaction entre la dimension intéressement du personnel de la PRCAS et le contexte)	182
TABLEAU XLIII - Influence de la PRCAS sur la rentabilité globale et la rentabilité de la subvention dépendamment du contexte (l'interaction entre la dimension couverture de la participation de la population et du personnel à la gestion de la PRCAS et le contexte).....	183
TABLEAU XLIV - Influence de la PRCAS sur la variation du chiffre d'affaires par lit, le chiffre d'affaires par lit et le coefficient de mobilisation de ressources additionnelles dépendamment du contexte (l'interaction entre la dimension couverture de la participation de la population et du personnel à la gestion de la PRCAS et le contexte).....	184
TABLEAU XLV - Influence de la PRCAS sur le taux de croissance des ressources propres et la variation du coefficient de mobilisation des ressources additionnelles dépendamment du contexte (l'interaction entre la dimension couverture de la participation de la population et du personnel à la gestion de la PRCAS et le contexte)	185

TABLEAU XLVI -	Influence de la PRCAS sur la rentabilité globale et la rentabilité de la subvention dépendamment du contexte (l'interaction entre la dimension intensité de la participation de la population et du personnel à la gestion de la PRCAS et le contexte).....	186
TABLEAU XLVII -	Influence de la PRCAS sur la variation du chiffre d'affaire par lit, le chiffre d'affaire par lit et le coefficient de mobilisation des ressources additionnelles dépendamment du contexte (l'interaction entre la dimension intensité de la participation de la population et du personnel à la gestion de la PRCAS et le contexte)	187
TABLEAU XLVIII -	Influence de la PRCAS sur le taux de croissance des ressources propres et la variation du coefficient de mobilisation des ressources additionnelles dépendamment du contexte (l'interaction entre la dimension intensité de la participation de la population et du personnel à la gestion de la PRCAS et le contexte)	188
TABLEAU XLIX -	Influence de la PRCAS sur la rentabilité globale et la rentabilité de la subvention d'exploitation dépendamment du contexte (l'interaction entre la dimension budget du médicament de la PRCAS et le contexte).....	189
TABLEAU L -	Influence de la PRCAS sur la variation du chiffre d'affaires par lit, le chiffre d'affaires par lit et le coefficient de mobilisation des ressources additionnelles dépendamment du contexte (l'interaction entre la dimension budget du médicament de la PRCAS et le contexte).....	190
TABLEAU LI -	Influence de la PRCAS sur le taux de croissance des ressources propres et la variation du coefficient de mobilisation des ressources additionnelles dépendamment du contexte (l'interaction entre la dimension budget du médicament de la PRCAS et le contexte).....	191
TABLEAU LII -	Paiement informel dans les économies en transition	234
TABLEAU LIII -	Exemple d'effets de la PRCAS.....	240
TABLEAU A -	Bilan de la collecte sur les attributs du gestionnaire.....	xxix
TABLEAU B -	Bilan de la collecte sur les attributs de l'organisation et la PRCAS.....	xxix
TABLEAU C -	Bilan de la collecte sur la PRCAS et ses dimensions	xxx
TABLEAU D -	Bilan de la collecte sur les attributs du contexte organisationnel.....	xxxix

LISTE DES FIGURES

	Pages
Figure 1 - Modèle logique de la politique de recouvrement des coûts des actes de santé (PRCAS) en Côte D'ivoire.....	6
Figure 2 - Modèle logique de l'implantation de la PRCAS en Côte d'Ivoire.....	15
Figure 3 - Le modèle d'analyse de l'impact du contexte sur l'implantation de la PRCAS en Côte d'Ivoire.	16
Figure 4 - Modèle d'analyse de l'impact de la PRCAS sur la santé financière des hôpitaux en Côte d'Ivoire.....	16
Figure 5 - Modèle d'analyse de l'impact de la PRCAS sur la santé financière des hôpitaux en Côte d'Ivoire dépendamment du contexte.....	17
Figure 6 - Le modèle final de l'influence du contexte sur la PRCAS et/ou sur ses dimensions.....	194
Figure 7 - Le modèle final de l'influence de la PRCAS sur la santé financière.....	195
Figure 8 - Le modèle final de l'influence de la PRCAS sur la santé financière dépendamment du contexte : <i>en considérant la dimension score globale de la PRCAS</i>	197
Figure 9 - Le modèle final de l'influence de la PRCAS sur la santé financière dépendamment du contexte : <i>en considérant la dimension formation de la PRCAS</i>	198
Figure 10 - Le modèle final de l'influence de la PRCAS sur la santé financière dépendamment du contexte : <i>en considérant la dimension investissement de la PRCAS</i>	199
Figure 11 - Le modèle final de l'influence de la PRCAS sur la santé financière dépendamment du contexte : <i>en considérant la dimension intéressement du personnel de la PRCAS</i>	200
Figure 12 - Le modèle final de l'influence de la PRCAS sur la santé financière dépendamment du contexte : <i>en considérant la dimension couverture de la participation à la gestion de la PRCAS</i>	201
Figure 13 - Le modèle final de l'influence de la PRCAS sur la santé financière dépendamment du contexte : <i>en considérant la dimension intensité de la participation à la gestion de la PRCAS</i>	202
Figure 14 - Le modèle final de l'influence de la PRCAS sur la santé financière dépendamment du contexte : <i>en considérant la dimension budget médicament de la PRCAS</i>	203

LISTE DES ANNEXES

	Pages
Annexe 1 - Élément de précision sur la santé financière des organisations hospitalière	xxvi
Annexe 2 - Le bilan de la collecte des données	xxix
Annexe 3 - Des indicateurs financiers en organisation.....	xxxiii
Annexe 4 - Dimension des cinq configurations structurelles.....	xli
Annexe 5 - Les mesures d'association entre les variables à l'étude	xlii
Annexe 6 - Anova	xlvi

LISTE DES SIGLES ET ABBRÉVIATIONS

ACCC	Agent Comptable Central de la Comptabilité Publique
AESE	Anciennes Économies Socialistes d'Europe
AMU	Assurance Maladie Universelle
AVCI	Années de Vie Corrigées du facteur d'Incapacité
BAD	Banque Africaine de Développement
BCEAO	Banque Centrale des États de l'Afrique de l'Ouest
BIRD	Banque Internationale pour la Reconstruction et le Développement
BNETD	Bureau National d'Études Techniques et de Développement
CAPL	Chiffre d'Affaires par Lit
CH	Centre Hospitalier
CHS	Centre Hospitalier Spécialisé
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CI	Côte d'Ivoire
CMG	Charge de la Morbidité Globale
CMRA	Coefficient de Mobilisation de Ressources Additionnelles
CNPRCAS	Commission Nationale de la PRCAS
CNTIG	Centre National de Télédétection et de l'Information Géographique
COGES	Comité de Gestion
CSR	Centre de Santé Rural
CSU	Centre de Santé Urbain
DAF	Direction des Affaires Financières
DCEIS	Direction du Contrôle de l'Évaluation de l'Information Sanitaire
DCF	Direction du Contrôle Financier
DCG	Direction du Contrôle de Gestion
DEMM	Direction de l'Équipement du Matériel et de la Maintenance
DEPS	Direction des Établissements et Profession de Santé

DPRCAS	Degré d'implantation de la PRCAS
DR	District de Recensement
DRV	Direction des Routes et Voiries
EMBE	Économies de Marché Bien Établies
EPN	Établissement Public National
FAC	Front d'Action Sanitaire
FIAU	Fonds d'investissement et d'aménagement Urbain
FIT	Front Inter Tropical
FMI	Fonds Monétaire International
FRAR	Fonds Régionaux d'Aménagement Rural
FRN	Fonds de roulement Net
FRP	Fonds de Roulement Propre
FSU	Formation Sanitaire Urbaine
HG	Hôpital Général
IB	Initiative de Bamako
IF	Indépendance Financière
INS	Institut National de la Statistique
IP	Intéressement du Personnel
LI	Liquidité Immédiate
LG	Liquidité Générale
LR	Liquidité Réduite
MEF	Ministère de l'Économie et des Finances
MSF	Médecin Sans Frontière
MSP	Ministère de la Santé Publique
NIVAE	Niveau des Activités Économiques

OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Économiques
OHA	Ontario Health Association
OMB	Office of Management and Budget
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernemental
ONU	Organisation des Nations Unies
OSBL	Organisme Sans But Lucratif
PAS	Politique d'Ajustement Structurel
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PVRH	Programme de Valorisation des Ressources Humaines
PRCAS	Politique de Recouvrement des Coûts des Actes de Santé
PSP	Pharmacie de la Santé Publique
RG	Rentabilité Globale
RGP	Recensement Général de la Population
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RH	Ressources Humaines
ROA	Return On Asset
ROE	Return On Equity
ROI	Return On Investment
ROOS	Return On Operating Subsidies
RP	Ressources Propres
SIG	Système d'Information de Gestion
SSP	Soin de Santé Primaire
SSSU	Service de Santé Scolaire Universitaire
TCRP	Taux de Croissance des Ressources Propres
TMN	Taux de Migration Nette

UNICEF United Nations Children's Fund

USD United States Dollars

VARCAPL Variation du Chiffre d'Affaire par Lit

VARCMRA Variation du Coefficient de Mobilisation des Ressources Additionnelles

DÉDICACE

*A feu mon père Michel Vanié,
pour avoir cru en ton rêve et en ta bénédiction pour venir étudier au Canada*

*A feu ma mère,
pour tes encouragements incessants dans toutes mes entreprises*

*A ma fille Vikie, et à ma femme Gwénaëlle,
pour vos multiples sacrifices et soutiens tout le long de cette formation*

*A mes frères et sœurs,
pour votre patience et vos prières à mon égard*

*A ma belle-famille Rousseau à ville St-Laurent et à la famille Sperlich à Westmount,
pour avoir contribué à mon intégration dans la société canadienne.*

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier très sincèrement mon directeur de recherche, Dr François Champagne, professeur titulaire au département d'administration de la santé et chercheur au Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS) qui m'a initié à la recherche et qui a suivi avec intérêt le développement de ce projet depuis le début.

Je voudrais aussi remercier le Dr Nicole Leduc, chercheur au GRIS et professeur au Département d'administration de la santé qui m'a suivi également tout au long de ma formation académique doctorale tout en assurant la co-direction.

Je remercie également tous les professeurs, tous les étudiants et autres personnels du département dont le support amical ou professionnel a été très précieux dans le déroulement de ma recherche.

Je remercie aussi toutes les institutions qui ont subventionné mes études. Il s'agit notamment, du Programme Canadien de Bourse de la Francophonie (PCBF), du GRIS, de la FES, des Forces Armées Canadiennes et de l'État de Côte d'Ivoire.

AVANT-PROPOS

Notre recherche vise à évaluer l'implantation de la Politique du Recouvrement des Coûts des Actes de Santé (PRCAS) en tenant compte des caractéristiques contextuelles structurelles de l'organisation hospitalière d'une part et de la santé financière des Centres Hospitaliers (CH) d'autre part. Ce sujet est d'un intérêt capital pour les pays africains car la PRCAS issue de l'IB a été implantée afin de remédier aux problèmes associés à l'insuffisance des ressources financières des dotations budgétaires allouées par l'État aux établissements publics par le biais de ressources additionnelles aux subventions habituellement reçues. La PRCAS représente une réforme majeure sur laquelle repose de gros espoirs des pays l'ayant adoptée.

Les questions de recherche à laquelle l'étude tente de répondre peuvent être regroupées en deux grandes catégories. Dans la première, il s'agit de savoir quelle est la description de l'implantation de la PRCAS ? Notre recherche permet d'effectuer le bilan de l'implantation en Côte d'Ivoire (CI) de 1995 à 1998 en appréciant la PRCAS à partir des dimensions formation, investissements, intéressement du personnel, couverture de la participation à la gestion, intensité de la participation à la gestion, budget médicament, tarification et score global de la PRCAS. Ces dimensions sont caractéristiques de l'implantation de la PRCAS en CI.

La deuxième catégorie de question de recherche vise plusieurs préoccupations. D'abord quel est l'impact du contexte sur l'implantation de la PRCAS ? Ensuite, quelle est l'influence de l'implantation de la PRCAS sur la santé financière des CH en CI ? Enfin quelle est l'influence de la PRCAS sur la santé financière des CH en tenant compte des variables structurelles des organisations hospitalières ? Notre recherche démontre que l'implantation de la PRCAS peut s'expliquer à partir du contexte. Elle soutient également que la santé financière des CH est certes expliquée par l'implantation de la PRCAS, mais que la prise en compte du contexte améliore sa compréhension. Les analyses ont trouvé que des attributs de l'organisation (spécialisation, aisance financière) et des attributs du contexte organisationnel (population par CH, dotation en ressources médicales, accessibilité géographique, participation à la gestion) permettent d'expliquer l'implantation de la PRCAS en CI. Ensuite la recherche a montré que

l'investissement, l'intensité de la participation, le budget médicament, le score global de la PRCAS, la formation et l'intéressement du personnel influencent la santé financière. Enfin, nos travaux ont démontré que les éléments contextuels suivants influencent soit le processus de production de la santé financière soit directement la santé financière des CH : les attributs du gestionnaire (expertise, âge), les attributs de l'organisation (aisance financière, conformité, taille, dotation en ressources médicales, dotation en ressources paramédicales) et les attributs du contexte organisationnel (charge de morbidité globale, accessibilité géographique, professionnalisation du personnel soignant, niveau d'activité économique, population régionale par CH, professionnalisation du personnel non médical, taux de migration net, densité de la population, assurés).

Pour atteindre les objectifs de notre étude, nous avons opté pour une recherche évaluative effectuée à partir de 49 CH répartis dans les 10 régions de la CI en 1998. Les données ont été recueillies par des entrevues et grilles de collecte documentaires auprès des directeurs d'hôpitaux et des experts du domaine. La méthodologie s'appuie sur deux stratégies de recherche. La première est celle de la recherche descriptive où nous dressons un portrait descriptif de la PRCAS tant au niveau hospitalier qu'à l'échelon du pays. La seconde est une stratégie de la recherche expérimentale invoquée où nous utiliserons des méthodes de régression linéaire pour l'analyse des données afin d'examiner l'ensemble des relations qui font intervenir simultanément plusieurs variables (d'effets et d'interaction) indépendantes dans un modèle de relations interdépendantes (Contandriopoulos et al., 1990). Notre recherche démontre que les variables contextuelles des organisations hospitalières et d'implantation de la PRCAS sont très importantes pour la santé financière des organisations hospitalières.

CHAPITRE 1 - INTRODUCTION

1.1 CONCEPTUALISATION DU PROBLÈME

1.1.1. DÉFINITION DU PROBLÈME

Au lendemain des années 1980, les systèmes de santé des pays du tiers monde furent affectés par des crises économiques : une pénurie de médicaments, une démotivation du personnel, une supervision inadéquate et inefficace, une faible maintenance des équipements et bâtiments, une faible qualité de services (Hanson et Gilson, 1993). En Côte d'Ivoire (CI) le secteur de la santé à l'instar de tous les autres secteurs d'activité a aussi connu aussi des réformes pour améliorer sa performance. C'est dans cette perspective que la Politique du Recouvrement des Coûts des Actes de Santé (PRCAS) a été implantée en vue de remédier aux problèmes associés à l'insuffisance des ressources financières des dotations publiques par le biais de ressources additionnelles aux subventions habituellement reçues. Toutefois les caractéristiques contextuelles des lieux d'implantation pouvant être variables d'un Centre Hospitalier (CH) à l'autre en Côte d'Ivoire (CI) ou d'un département à l'autre. Il serait pertinent d'analyser l'impact des variables contextuelles sur le processus de production de certains effets de la PRCAS. C'est le problème auquel s'intéresse la présente recherche. Ainsi, nous essaierons de mieux comprendre les variations, de ces effets, attribuables aux spécificités des milieux d'implantation. Pour des raisons opérationnelles et logistiques nous nous limiterons à un seul effet qui est la santé financière de l'hôpital.

1.1.2 DEL'INITIATIVE DE BAMAKO (IB) À LA POLITIQUE DE RECOUVREMENT DES COÛTS DES ACTES DE SANTÉ EN CI

À l'origine, l'IB a été proposée par l'UNICEF pour résoudre les problèmes d'approvisionnement des médicaments et la santé de la mère et de l'enfant en Afrique sub-Saharienne. L'initiative visait ainsi à améliorer les services de santé maternelle et infantile dans plusieurs régions pauvres par la fourniture de médicaments essentiels qui peuvent être vendus 2 à 3 fois leur prix d'acquisition. Les profits seront utilisés pour créer un fonds de roulement pour les médicaments. Ceci dans un objectif de procurer un revenu pour la communauté afin de maintenir et développer les activités de soins de santé primaire et de santé maternelle et infantile (éditorial de «The Lancet » (1988)). En septembre 1987 à la 37^{ème} session du comité régional de l'OMS pour l'Afrique, tenue au Mali, le directeur

exécutif de l'UNICEF a introduit l'IB : la santé de la mère et de l'enfant à travers le financement et la gestion de médicaments essentiels au niveau communautaire (UNICEF, 1988). Dans ce protocole de base de l'Initiative, l'UNICEF a travaillé avec l'OMS, la BIRD, la BAD et d'autres agences bilatérales. Ainsi, en 1987 sous l'égide du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) et de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'IB est née. Elle vise à revitaliser les Soins de Santé Primaire (SSP) dont la mise en œuvre a connu des succès variables en Afrique (Diakité, 1998). L'IB est axée autour de quatre éléments clés à savoir : (1) La revitalisation et l'extension des services de santé au niveau périphérique; (2) l'accessibilité à des médicaments de qualité à prix abordable; (3) le partage des coûts par le financement communautaire et (4) l'implication de la communauté dans le processus décisionnel (Diakité, 1998). Huit principes sous-tendent l'IB : (1) l'engagement national; (2) la définition claire des objectifs des systèmes de santé intermédiaires; (3) la décentralisation du pouvoir de décision vers les districts; (4) une gestion décentralisée des ressources communautaires; (5) l'application de principes cohérents de financement communautaire pour les services de santé à tous les échelons du système de santé; (6) un soutien financier important des pouvoirs publics aux SSP; (7) une compatibilité et une complémentarité des politiques de médicaments par rapport à un développement rationnel des SSP et (8) l'application de mesures permettant aux plus pauvres d'avoir accès aux SSP (Unicef, 1990c).

Les travaux de Nolan et Turbat (1995) identifient deux grandes approches de la politique de recouvrement : le modèle standard et le modèle de l'IB. Le modèle standard est similaire aux soins privés qui sont payants et existants partout dans le monde. Alors que l'IB, tire ses racines de l'Afrique et part des soins de santé primaire avec une participation de la population tant au financement qu'à la gestion des services de santé.

La PRCAS est la version ivoirienne de l'IB mais sans la politique des médicaments essentiels. Toutefois, les deux politiques semblent si fortement corrélées qu'elles paraissent indissociables. Le recouvrement des coûts, tant au niveau des médicaments que des actes de santé apparaît alors comme la pierre angulaire de l'IB. Pour ce faire, elle renforce d'une part les politiques de médicaments essentiels qui doivent garantir une meilleure distribution et une utilisation de ces produits (qui sont indissociables des services de santé), et d'autre part les revenus générés par la PRCAS visent à pallier les déficiences constatées afin de permettre la pérennité des services de santé tout en améliorant la qualité (Haddad et Fournier, 1993). Cela

ne sera donc possible en partie que par un financement additionnel obtenu par la Politique du Recouvrement des Coûts des Actes de Santé (PRCAS), volet qui nous intéresse.

1.1.3 PRCAS

1.1.3.1 Fondement de la PRCAS

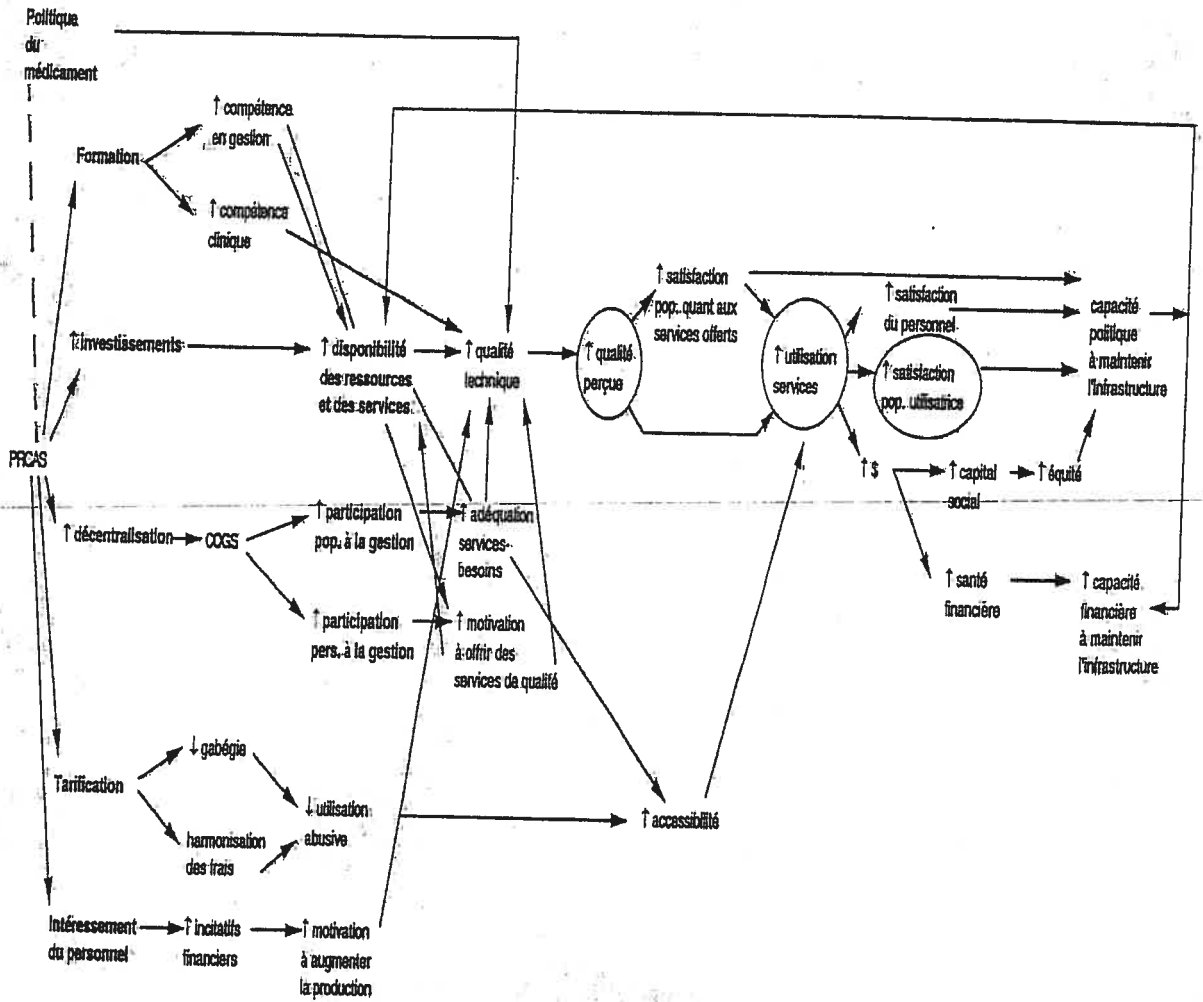
Débutée en octobre 1994, la PRCAS (Cf. Figure 1, p. 6) doit résorber le problème de l'insuffisance du financement public dans la santé. Elle consiste également à mettre à la disposition du système de santé et surtout de l'établissement de soins, des ressources financières nécessaires afin que la crise des finances publiques dont souffre le pays ne soit pas préjudiciable au secteur public de la santé. Ainsi une mobilisation de fonds est réalisée à partir des patients, desquels est exigée une contribution forfaitaire pour pouvoir bénéficier des prestations de services. Au-delà de cet objectif principal, la PRCAS doit permettre l'atteinte des objectifs spécifiques dont les principaux sont les suivants : améliorer la qualité des soins, accroître l'utilisation des services de santé, augmenter l'accessibilité aux soins de santé, améliorer la gestion, faire participer la population à la gestion, rechercher la santé financière des établissements de soins, viser l'équité des services de santé dispensés à la population et améliorer la satisfaction tant chez le patient que dans l'ensemble de la population. La réalité en CI fait ressortir six concepts de mise en œuvre que nous soulignons en caractère plus gras dans le modèle. Ils sont constitués par des concepts qui ont été nécessaire à l'implantation du PRCAS lorsque nous considérons l'expérience de la CI. Et entre ces concepts et les effets attendus, il y a une des étapes où il y a des effets intermédiaires conduisant aux effets ultimes qui à leur tour deviennent des inputs influençant l'implantation et le cycle reprend à nouveau. L'investissement et la formation de la PRCAS sont entraînés par la revitalisation et l'extension des services de santé au niveau périphérique. La politique du médicament pourrait se justifier par l'accessibilité à des médicaments de qualité et à moindre coût. Et la tarification serait appuyée par la contribution des ménages au financement. La décentralisation serait quant à elle associée non seulement à la participation de la population au financement; mais aussi à l'implication de la communauté dans la gestion. L'intéressement du personnel provient des fonds propres (recette de la PRCAS).

Par ailleurs on sait que la PRCAS est issu de l'esprit de l'IB. Cet esprit est exprimé à travers la littérature sur les politiques de financement selon la perspective de l'IB. Toutefois, le modèle (Cf. Figure 1, p. 6) n'est pas celui de notre étude. Il a été reconstitué à partir des documents relevant de la gestion et de la PRCAS. Ainsi, l'exploitation de ces documents et nos observations empiriques nous permet de les citer et de les présenter dans le modèle de la p.6. Il s'agit d'un modèle reconstitué à partir de la politique basée sur les documents suivants :

1. Loi No 94 – 201 du 08 – 04 – 1994 portant loi des finances pour la gestion 1994 (article 39)
2. Décret No 93 – 216 du 03 – 02 – 1993, portant institutions d'une redevance perçue auprès des usagers des établissements sanitaires publics
3. Décret No 93 – 218 du 03 - 02 – 1993 fixant les règles de gestion des formations sanitaires rurales
4. Décret No 93 – 219 du 02 – 1993 portant création d'une indemnité particulière en faveur des personnels des établissements sanitaires publics
5. Décret No 94 – 302 du 01 - 06 – 1994 fixant les modalités de recouvrement de la redevance perçue auprès des usagers des établissements publics sanitaires publics urbains n'ayant pas le statut d'Établissement Public National
6. Arrêté No 284 du 03 - 07 – 1995 portant modification de l'arrêté No 258 du 13 septembre 1994 fixant la tarification des actes de santé dispensés par les établissements sanitaires publics autres que les établissements publics nationaux
7. Circulaire No 497 du 11 - 08 – 1994 relative à l'application des textes sur le recouvrement des coûts des prestations sanitaires en dehors des formations sanitaires rurales et des établissements publics nationaux
8. Circulaire No 649 du 23 - 02 – 1995 relative à l'aménagement de la tarification des actes de santé dans les formations sanitaires publics hors établissements publics nationaux
9. Circulaire No 4235 du 15 - 09 – 1995 relative à l'utilisation de kit accouchement, de kit de césarienne et à la délivrance de l'ordonnance de sortie dans les établissements hospitalières et les maternités en dehors des établissements publics nationaux

10. Circulaire No 4728 du 13 - 09 – 1995 relative à l'application des textes sur le recouvrement des coûts des prestations sanitaires en dehors des formations sanitaires rurales et des établissements publics nationaux
11. Décret No 98 – 379 du 30 - 06 – 1998 portant organisation et fonctionnement des établissements sanitaires publics urbains n'ayant pas le statut d'établissement public national
12. Djoussou, H. Louise ; Kamara, Kabine ; Letouze, Daniel et Blehiri, Franck-Simon (1999) « Recouvrement des Coûts des Actes de Santé des formations sanitaires urbaines : bilan de l'exercice 1997 » Ministère de la Santé Publique, Avril
13. Ministère de la Santé Publique (1996) « Plan National de Développement Sanitaire 1996 - 2005 : tome1 Diagnostic, Politique et Stratégies » Côte d'Ivoire, Avril
14. Ministère de la Santé Publique (1996) « Plan National de Développement Sanitaire 1996 - 2005 : tome2 Programme et Financement pour la période 1996 - 1998 » Côte d'Ivoire, Avril
15. Ministère de la Santé Publique (1997) « Rapport annuel sur la situation sanitaire 1997 » Côte d'Ivoire »

FIGURE 1 - Modèle logique de la politique de recouvrement des coûts des actes de santé (PRCAS) en Côte D'ivoire



1.1.3.2 Organisation de la PRCAS : structure et fonctionnement

Il conviendrait de présenter l'organisation du PRCAS sous deux angles, à savoir structurel et fonctionnel. En effet la PRCAS revêt diverses formes qui restent liées au niveau organisationnel du ministère de la santé. Nous le résumons de la façon suivante :

Au niveau central nous avons le Ministère de la Santé Publique (MSP) et le Ministère de l'Économie et des Finances (MEF). Le premier agit par le canal de sa Direction du contrôle, de l'Évaluation et de l'Information Sanitaire (DCEIS), qui est responsable du contrôle de gestion des activités du ministère (et donc des politiques telles que la PRCAS), de piloter les études relatives à l'amélioration de l'efficacité des services et de la production de l'information sanitaire en liaison avec les services utilisateurs (Direction de la Planification et de la Programmation, Direction de la Santé Communautaire). Ainsi cette Direction au moyen de sa sous-direction du Contrôle de gestion est chargée d'élaborer le tableau du Ministère de la Santé Publique composé d'une série d'indicateurs de performance (activités, couverture, gestion,...). Elle est aussi chargée d'évaluer les moyens des services en rapport avec leurs activités. Enfin elle apporte un appui aux services centraux et déconcentrés (Directions Centrales et Régionales, Établissements Publics Nationaux (EPN), Districts sanitaires) en vue de rationaliser leur gestion. Quant au Ministère de l'Économie et des Finances (MEF) il intervient par le biais de la Direction Générale du Trésor et de la Comptabilité Publique, qui est habilitée légalement à manipuler les deniers publics.

Au niveau intermédiaire au Ministère de la Santé il y a la Direction Régionale du Ministère de la Santé pour chacune des dix régions de la Côte d'Ivoire. Elle représente l'administration Centrale dans la région et à pour rôle de coordonner les activités du Ministère dont la PRCAS. Dans chaque région il y a des Districts Sanitaires qui sont sensiblement une direction départementale, qui est l'unité opérationnelle de la Direction Régionale dans la gestion des activités du département. En outre à ce niveau nous disposons des Directions Régionales du Trésor et de la Comptabilité Publique qui est au Ministère de l'Économie et des Finances ce que les Directions Régionales sont au Ministère de la Santé. Et à l'intérieur des régions nous avons aussi des trésoreries départementales. Cela permet de gérer la PRCAS de la même façon quelque soit le niveau de l'intervention.

Au niveau local il y a les établissements de santé qui doivent assurer la mise en œuvre de la PRCAS. Seuls les soins curatifs font l'objet d'un système de tarification dans le cadre de la PRCAS. Les soins préventifs sont donc gratuits. Aux urgences les soins peuvent être prodigués avant le recouvrement des coûts. Les tarifs sont fixés par arrêté interministériel du Ministère de la Santé et de celui du Ministère de l'Économie et des Finances. Ils ne sont pas uniformes pour toutes les structures sanitaires. En effet ils varient pour un même acte donné en fonction de la nature de l'établissement dans la pyramide sanitaire. En Côte d'Ivoire le Ministère de la Santé a adopté une telle classification pour ses établissements afin de partir du plateau technique le plus faible au plus important. Ainsi les différents niveaux seront constitués de la façon suivante :

- Niveau primaire : la Case de Santé Villageoise (CSV), le Centre de Santé Rural (CSR), le Centre de Santé Urbain (CSU) et la Formation Sanitaire Urbaine (FSU) ;
- Niveau secondaire : L'Hôpital Général (HG) et la Base de Santé Rurale (BSR) ;
- Niveau tertiaire : Centre Hospitalier Régional (CHR).

Dans cette pyramide nous n'avons retenu que les établissements sanitaires concernés par la PRCAS.

Pour le fonctionnement de la PRCAS, chaque structure de santé doit avoir une équipe dont la composition au niveau primaire diffère de celle des niveaux supérieurs. Ainsi nous avons d'abord le Comité de Gestion (COGES) qui est l'équivalent du conseil d'administration d'une entreprise privée. Il élabore les grandes orientations de la gestion des fonds collectés. Ainsi le responsable de l'établissement doit soutenir son budget en réunion des membres du COGES au début de l'année comptable publique (identique à l'année civile) et fait également le bilan de gestion qui doit être approuvé par le COGES dans le même temps. Une modification d'une ligne de gestion ne peut se faire sans l'avis du COGES. Il est à rappeler que de 1995 à 1998, le COGES au niveau tertiaire et secondaire est composé par :

- Le préfet ou le sous-préfet : Président ;
- Le directeur de l'établissement : Secrétaire ;
- Un représentant du personnel médical ;
- Un représentant du personnel non médical ;
- Deux représentants de la commune ;
- Un représentant du MEF : en générale le trésorier ou le percepteur (l'agent comptable)de la localité.

Quant au COGES du niveau primaire (COGES rural) il est composé de la façon suivante :

- Le responsable du centre de santé (en général un infirmier) : secrétaire ;
- Le président du COGES : désigné par la population locale (en général les villageois) ;
- Le responsable financier : Membre de la population locale, il est aussi désigné par les villageois.

Aux niveaux secondaire et tertiaire les sommes recueillies sont réparties comme suit : 65% revient à l'établissement, 20% au trésor public et 15% dans un compte dénommé Fonds d'Action Sanitaire (FAS).

Ces derniers servent à intéresser du personnel du MSP en dehors des établissements de soins, à financer les frais de gestion de la PRCAS de l'Administration Centrale et de faire face à certaines dépenses urgentes et nécessaires du MSP. Soulignons que grâce au FAS tous les 6 mois des séminaires de formation sur la PRCAS ont lieu dans les 10 régions de Côte d'Ivoire. Et des contrôles réguliers ont lieu également. Le FAS se trouve dans un compte ouvert à la Banque Centrale des États de l'Afrique de l'Ouest (BCEAO) et l'agent comptable qui le gère est l'Agent Comptable Central de la Comptabilité (ACCC, le « patron » des agents comptables publics) au MEF. Le contrôleur financier est le Directeur du Contrôle Financier (DCF, le patron des contrôleurs financiers) à la primature. L'initiation des dépenses appartient au MSP qui le fait en général sur avis du Ministre de la Santé. Et pour qu'il y ait un décaissement dans le compte FAS, cela nécessite la signature conjointe de l'ACCC, le DCF et l'ordonnateur du MSP qui est en général Directeur des Affaires Financières (DAF). Il est à

noter que le personnel travaillant dans les établissements de soins est intéressé à 15% des 65% revenant à l'établissement. La gestion se fait par une équipe composée :

- L'administrateur de l'établissement : ordonnateur des dépenses
- Le régisseur de recette : nommé par arrêté du MEF, il est le responsable des recettes du recouvrement.
- Le régisseur d'avance, nommé aussi par arrêté du MEF, il est le responsable de tous les décaissements opérés sur les fonds issus du PRCAS. Une dépense, pour qu'elle soit valide, doit nécessiter la signature conjointe du régisseur d'avance et de l'administrateur de l'établissement.

Tous les fonds du PRCAS doivent transiter obligatoirement par le compte bancaire de l'établissement, ouvert à cet effet, après visa de l'agent comptable public de la trésorerie locale. Pour un meilleur contrôle, les ressources financières même issues des dons et legs éventuels sont traités comptablement de la même façon que les coûts des actes recouverts ; à la seule différence que la totalité de la somme (soit les 100%) vont dans le compte sans répartitions (entre l'établissement, le trésor public et le FAS). Il faudrait noter que le trésorier peut effectuer un contrôle comptable à tout moment dans les régies de recettes et d'avance. Mais ce contrôle ne reste que comptable. Et le contrôle d'opportunité de la gestion revient au MSP (par le biais de la DCEIS et de l'Inspection Générale de la Santé Publique (IGSP) en générale) et à un degré supérieur à l'inspection d'État si nécessaire. En outre la PRCAS est gérée au niveau du dispositif législatif et réglementaire par un Comité National du Recouvrement des Coûts des Actes de Santé (CNRCAS) qui se réunit une fois par mois et analyse la PRCAS afin de proposer les ajustements nécessaires.

Au niveau des COGES ruraux, la situation est différente : 90% des recettes reviennent à l'établissement de soins et 10% au FAS. Et ils disposent en général des comptes d'épargne en lieu et place des comptes courants aux frais de gestion plus dispendieux. Ils échappent au contrôle de l'agent comptable du trésor et ne sont soumis qu'à celui du MSP.

En dernier ressort il y a lieu de savoir que les établissements sous la PRCAS continuent de bénéficier de la subvention financière de l'État sous forme de Budget Général de

Fonctionnement (BGF) d'une part et du Budget Spécial d'Investissement et d'Équipement (BSIE). Les ressources de la PRCAS sont donc des ressources financières additionnelles. Dans cette optique les ressources financières mobilisées grâce à la PRCAS seront appelées les Fonds Propres.

Par ailleurs un bilan rapide permettrait de procéder à une analyse sommaire basée sur des données empiriques. Ainsi, à partir des principes directeurs de l'IB tels qu'évoqués dans la publication de McPake et al. en 1992, le contexte pourrait être décrit succinctement. Les principes directeurs selon McPake sont environ au nombre de six et se composent des éléments suivants : le processus politique d'adoption de l'IB, la qualité, l'accessibilité financière, les structures de prix et les mécanismes de paiement, le recouvrement de coût et le rôle des communautés. En matière de littérature, il y a très peu de publications qui s'intéressent au bilan global et exhaustif de la PRCAS en CI. Toutefois nous retiendrons une publication (celle de McPake) qui sera renforcée par nos connaissances empiriques de l'existant. En effet depuis le mois d'octobre 1994, la PRCAS a débuté dans toutes les régions de la CI. En faisant le bilan par rapport aux critères du principe directeur nous obtiendrons :

- Le processus politique : la PRCAS a été adoptée avec le même type de politique qui régit le Ministère de la Santé. C'est donc une organisation centralisée avec des représentants au niveau des régions et des districts. Il y a eu un engagement national exprimé par des dispositifs réglementaires.
- La structure des prix et les mécanismes de paiement : seuls les actes relevant des soins curatifs sont facturés car ceux relevant des soins préventifs sont exemptés de la tarification et donc gratuits. Les paiements peuvent être faits en espèce, par chèque et par le biais d'une couverture sociale. Les indigents bénéficient des soins après l'avis favorable du service social et sont exemptés de paiement de sorte que la PRCAS fonctionne comme une institution mutualiste.
- L'accessibilité financière : les prix sont les plus faibles dans le système de santé ivoirien ce qui permet de réaliser un gain potentiel.

- Le rôle de la communauté : tous les COGES ont été mis en place mais en dehors des centres hospitaliers et des BSR moins de 50% des COGES fonctionnent effectivement. On en déduit un rôle moins important de la communauté dans la gestion des CH.
- La qualité: le niveau de la combinaison qualité-prix fixé dans les centres de santé communautaires rend ces établissements particulièrement attractifs pour les patients qui les fréquentent aujourd'hui (Barré et al. 1997).
- Le recouvrement des coûts : il ne connaît pas le même rayonnement dans toutes les régions. C'est le cas du Nord-ouest où les comptes sont déficitaires alors que dans le Sud ils sont excédentaires.
- Il y a une volonté réelle de décentralisation de la gestion de par l'existence des COGES.

La politique des médicaments essentiels est compatible et complémentaire avec la PRCAS.

1.1.4 LA FORMULATION DU PROBLÈME

Il s'agit ici d'une recherche évaluative qui vise à porter un jugement sur la variation d'un effet attendu de l'intervention : la santé financière de l'hôpital. La santé financière de l'hôpital constitue l'un des objectifs principaux de l'IB. Cela est énoncé par une littérature abondante (UNICEF, 1992; Gilson, 1992 ; Gilson, 1997). Dans cette optique, la question de recherche est la suivante : quel est l'impact de l'implantation de la PRCAS sur la santé financière des hôpitaux en CI (Cf. Figure 2, p. 15)? Dans cette perspective, cette problématique fait appel à quatre objectifs énoncés comme suit :

1) Décrire la mise en œuvre de la PRCAS :

- Décrire l'évolution globale de la mise en œuvre de la PRCAS de la période allant du mois d'octobre 1994 au mois de décembre 1998.
- Apprécier l'état de la mise en œuvre en CI au mois de décembre 1998.
- Faire le bilan dans chaque hôpital au mois de décembre 1998.

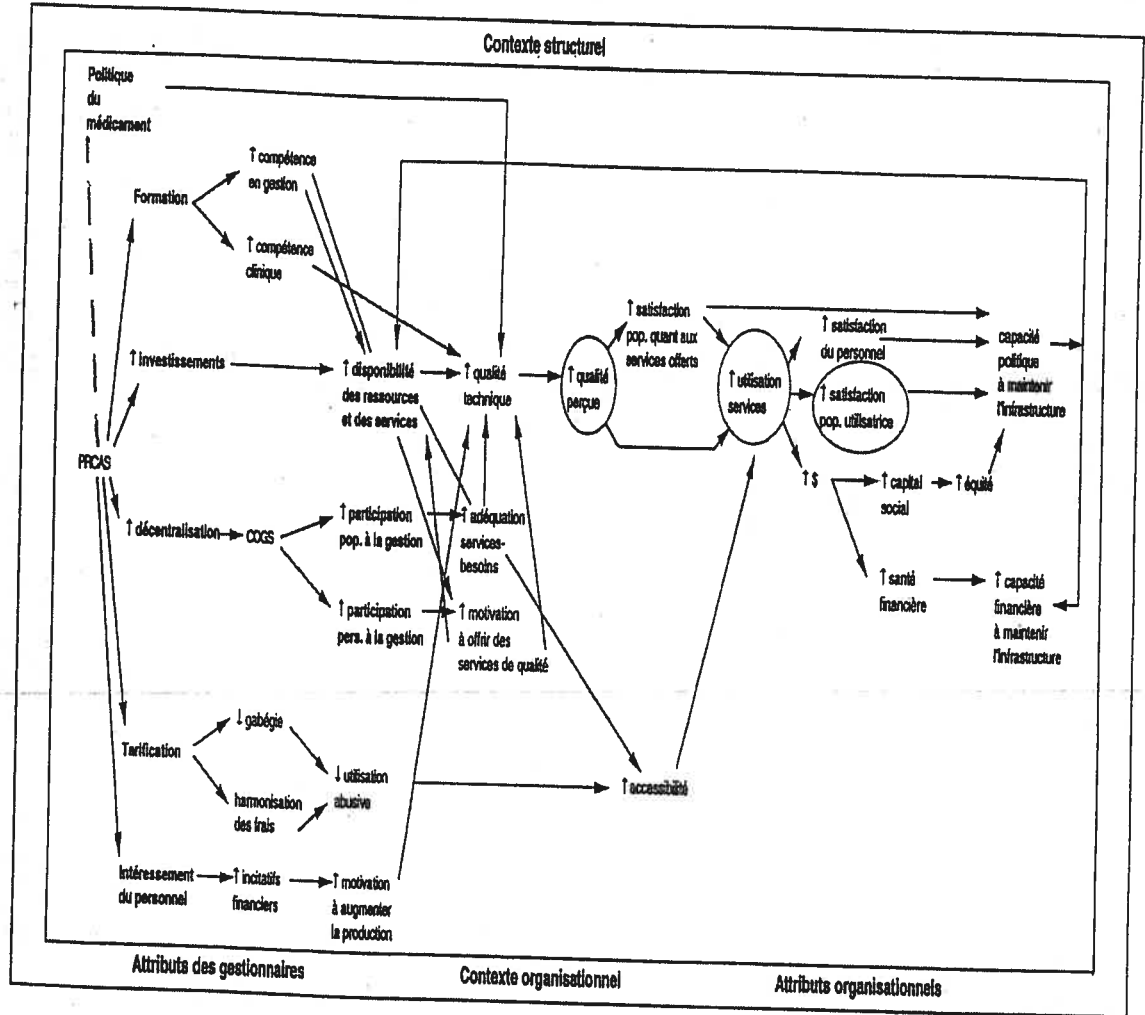
- 2) Expliquer l'état de mise en œuvre dans les hôpitaux avec les variables caractéristiques de chaque hôpital (Cf. Figure 3, p. 16). Il s'agira de voir l'impact du contexte sur l'implantation de la PRCAS.
- 3) Déterminer l'impact de la PRCAS sur la santé financière des hôpitaux (Cf. Figure 4, p. 16). Cet objectif consiste à voir l'influence de la PRCAS sur la santé financière.
- 4) Déterminer dans quelle mesure le contexte vient modifier la relation entre la PRCAS et la santé financière des hôpitaux (Cf. Figure 5, p. 17). Il s'agira ici de déterminer l'effet de la PRCAS sur la santé financière dépendamment du contexte.

Étant donné que la configuration théorique de la PRCAS est la même d'un hôpital à l'autre il serait intéressant de rechercher un éventuel lien d'association entre les variations des effets et celles du contexte. C'est donc une analyse de l'implantation de type III (Denis et Champagne., 1990) car l'environnement structurel, organisationnel, rationnel, psychologique et politique pourrait faire varier la santé financière dans un lieu donné (Cf. Figure 2, p. 15).

Il y a eu plusieurs missions d'évaluation administrative qui ont révélé l'existence d'un problème. En fait, de façon empirique et selon les résultats régionaux, nous avons constaté que les effets attendus comportaient un degré de réalisation assez diversifié d'un établissement de santé à l'autre et/ou d'un département à l'autre. Ensuite, certaines publications mettent l'accent sur l'importance des résultats associés au contexte. Ainsi, la pertinence de l'observation empirique est appuyée par une littérature qui présente plusieurs travaux pouvant établir l'influence de l'environnement sur une intervention donnée. C'est dans cette optique qu'Ilunga (1995) estime que dans l'environnement il peut exister des facteurs de renforcement, de prédisposition et facilitateurs de même que des variables socio-économiques qui affectent l'implantation de la politique du financement de la santé. Les mêmes conclusions sont également confirmées par les travaux de Turshen (1999) et de l'UNICEF (juin 1990).

L'intérêt de notre sujet réside en plusieurs points. D'abord, il s'agit d'un sujet d'actualité dans la mesure où l'IB est l'une des politiques principales de la réforme du système de santé dans la plupart des pays en Afrique sub-saharienne. Ensuite, l'importance du sujet est appréhendée au travers du fait que la PRCAS représente l'espoir du Ministère de la Santé pour relancer la performance du secteur public de la santé et atteindre de meilleurs indicateurs de production de biens et services. En outre, cette politique fait partie des priorités du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) en Côte d'Ivoire qui couvre la période 1996-2005 soit une durée de dix ans. La disponibilité d'une telle étude faciliterait certaines prises de décisions chez les gouvernants qui sont parfois, obligés à défaut, de se fier à leur bon sens. Les résultats de la présente recherche peuvent être utilisés sous deux différents angles. En tant que recherche fondamentale, les résultats constituent une référence d'études pour les évaluateurs et chercheurs. Et en tant que recherche appliquée, les résultats sont pour l'État (le Ministère de la Santé, les administrateurs des établissements de soins, les chefs de districts et les directeurs régionaux) les organisations internationales, les compagnies d'assurances et autres organismes payeurs, les syndicats et associations professionnelles un outil d'aide à la prise de décisions.

FIGURE 2 - Modèle logique de l'implantation de la PRCAS en Côte d'Ivoire



Le modèle ci-dessus montre que l'effet de la santé financière semble être expliqué par de nombreuses variables contextuelles.

FIGURE 3 - Le modèle d'analyse de l'impact du contexte sur l'implantation de la PRCAS en Côte d'Ivoire.

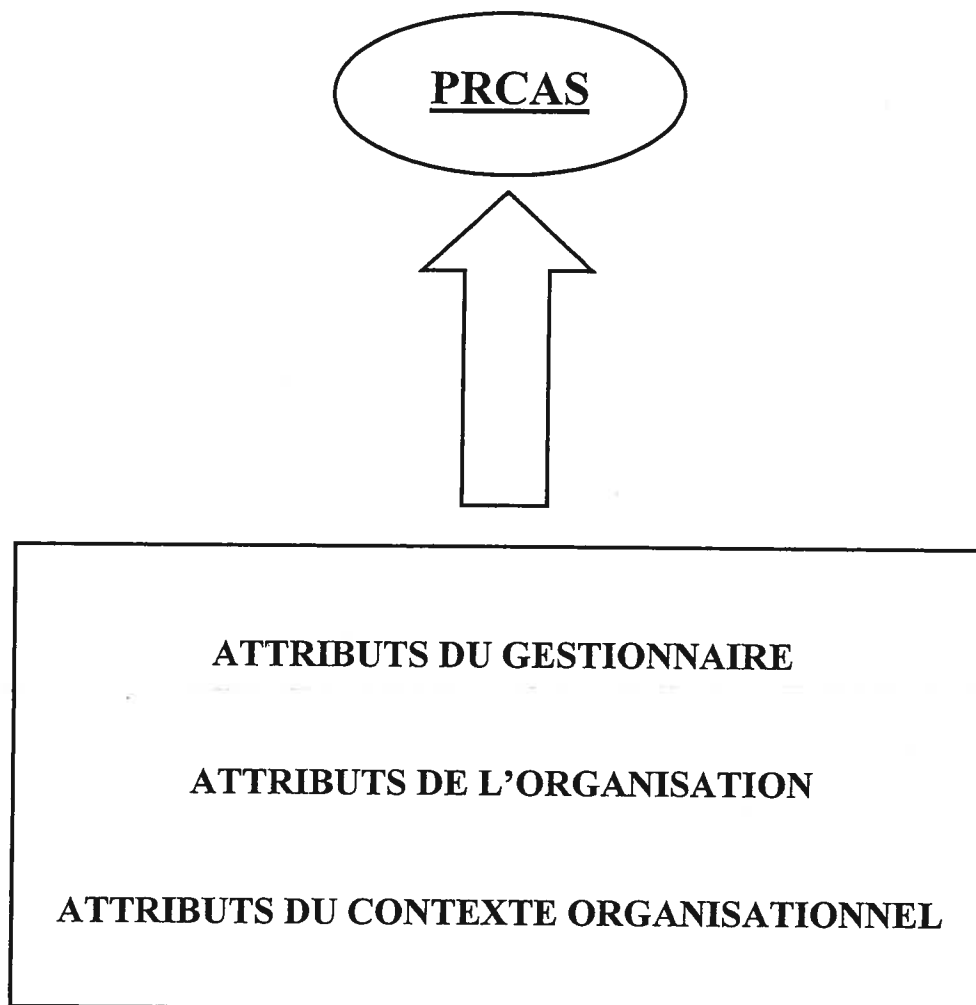


FIGURE 4 - Modèle d'analyse de l'impact de la PRCAS sur la santé financière des hôpitaux en Côte d'Ivoire

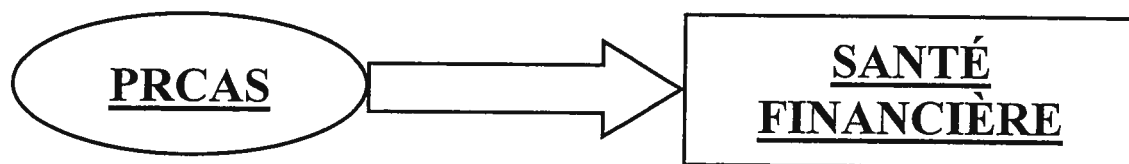
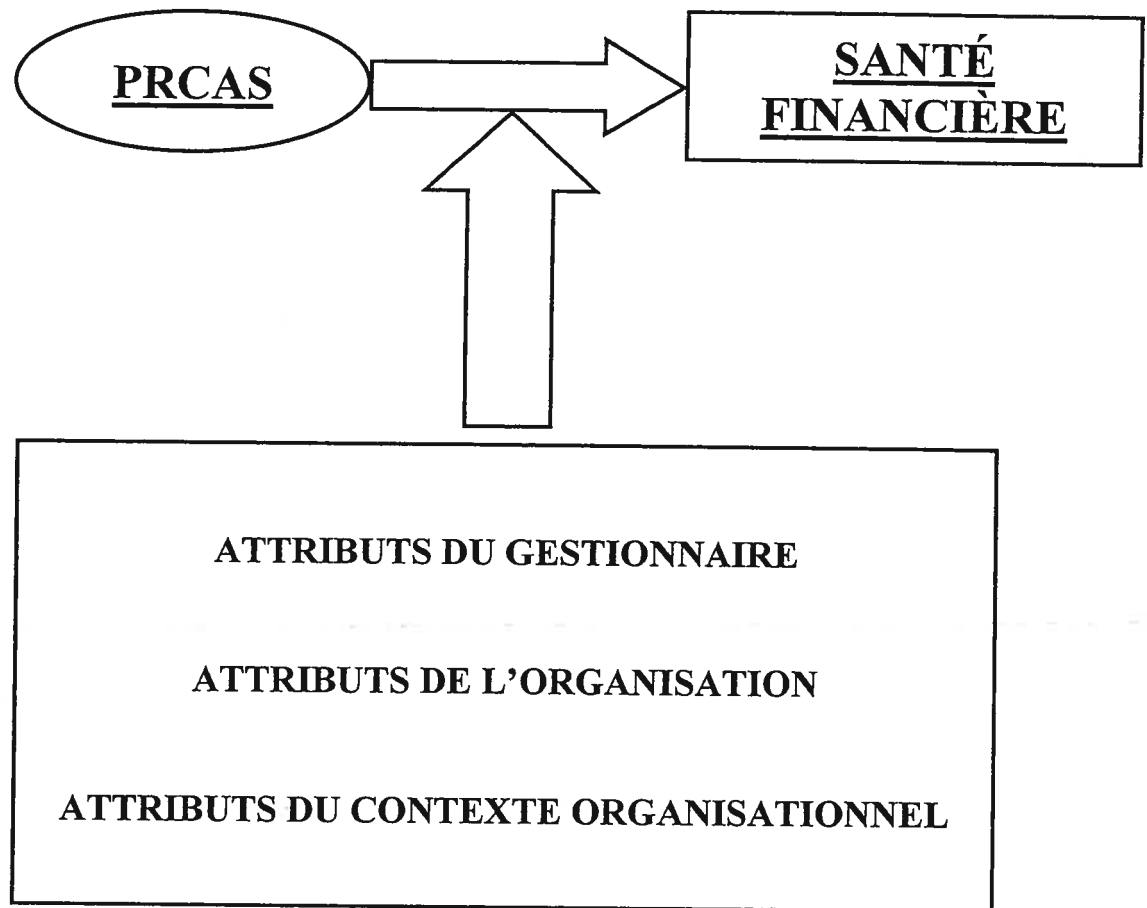


FIGURE 5 - Modèle d'analyse de l'impact de la PRCAS sur la santé financière des hôpitaux en Côte d'Ivoire dépendamment du contexte



1.2 CONTEXTE DE L'ÉTUDE

Le contexte de l'étude est élaboré à partir de trois principaux documents : Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 1996-2005 (Ministère de la Santé Publique de Côte D'Ivoire, 1996); l'Enquête Démographique et de Santé 1994 (Institut National de la Statistique, 1995); le Rapport Annuel sur la Situation Sanitaire 1997 (Ministère de la Santé Publique de Côte D'Ivoire, 1998).

Le système de santé est à la fois une composante et l'image du système sociétal dont il est issu. Par ailleurs, la position géographique d'un pays donné a une influence sur le profil épidémiologique de sa population. Aussi, la présentation globale du contexte physique, économique, socio-démographique, sanitaire, politique et administrative est une nécessité.

1.2.1 PRÉSENTATION GÉOGRAPHIQUE

Selon l'Enquête Démographique et Sanitaire (EDS, 1994), la Côte d'Ivoire est située en Afrique de l'Ouest, entre les 4° 30' et 10° 30' de latitude Nord. Elle couvre une superficie de 322.450 Kilomètres au carré (Km²), soit 1% de l'Afrique, et fait frontière avec le Golfe de Guinée au Sud, le Ghana à l'Est, le Libéria et la Guinée à l'Ouest, le Mali et le Burkina Faso au Nord.

La Côte d'Ivoire est un pays au relief peu accidenté. Il se caractérise, au Sud par des plaines qui descendent progressivement jusqu'à l'Océan Atlantique, au Centre, par des plateaux étagés, à l'Ouest et au Nord, par des montagnes dont le plus haut sommet est le Mont Nimba (1.753 mètres).

En ce qui concerne le climat, nous notons que le pays est traversé par deux masses d'air importantes : une masse d'air venant du Nord, caractérisée par un vent sec et chaud et chargé, de décembre à janvier, des fines poussières de l'harmattan; une masse d'air venant du Sud-Ouest, de l'Océan Atlantique, constituée d'un air humide. Le contact de ces deux masses d'air forme le Front Inter-Tropical (FIT) qui provoque des précipitations de type mousson. Les mouvements saisonniers du FIT au-dessus du territoire national permettent

de distinguer quatre principales zones climatiques caractérisées par un rythme et un volume de précipitations variables. Ce sont :

- Le Sud, avec quatre saisons dont une grande saison des pluies d'avril à juillet, une petite saison sèche de juillet à septembre, une petite saison des pluies de septembre à novembre et une grande saison sèche de décembre à mars;
- Le Centre, caractérisé par une saison sèche de novembre à mars et par une saison des pluies marquée par deux pluviométries maxima : l'une au mois de juin et l'autre au mois de septembre;
- Le Nord, avec deux saisons très opposées : une saison sèche très longue et une saison des pluies assez courte (juin-septembre);
- Le Centre-Ouest, au relief montagneux, se distingue par une saison des pluies très longue et une saison sèche de courte durée.

Les pluviométries annuelles moyennes de ces différentes zones climatiques varient de 900 mm (au Nord) à 2.300 mm (au Sud).

En matière de température, nous constatons que les amplitudes diurnes les plus importantes se situent au mois de janvier. Elles sont inférieures à 10° C dans le Sud forestier, avoisinent 15° C dans le Centre et atteignent parfois 20° C dans le Nord.

La diversité des zones climatiques et l'inégale répartition des précipitations entre le Nord et le Sud déterminent la végétation du pays. En effet, on distingue généralement deux grandes zones de végétation, la forêt et la savane, séparées par une ligne qui suit, approximativement, l'isohyète 1,300 mm. La zone de forêt couvre environ deux cinquièmes du territoire national. Elle est située au Sud du pays et se caractérise par un climat de type guinéen où se développe une forêt dense, ombrophile et mésophile. À l'opposé, le climat de type soudanais du Nord du pays favorise le développement d'une végétation de forêts clairsemées, de savanes soudanaises et de savanes pré-forestières.

Dans le domaine de l'hydrographie, on relève que la Côte d'Ivoire est arrosée par quatre grands fleuves qui coulent du Nord au Sud avant de se jeter dans l'océan Atlantique.

Il s'agit du Cavally et du Sassandra, à l'Ouest, du Bandama au Centre et de la Comoé à l'Est. Les deux premiers fleuves sont les moins long avec 700 km (Cavally) et 600 km (Sassandra). Quant au Bandama et au Comoé, ils sont les fleuves les plus longs et mesurent respectivement 1050 km et 1160 km.

La position géographique explique d'une part, les variations climatiques et les deux principales zones de végétation (la forêt au Sud et la savane au Nord) et d'autre part, la présence de diverses maladies dont certaines sont endémiques et particulières à ces zones (par exemple la méningite au Nord et l'ulcère de buruli et/ou le Pian au Sud).

1.2.2 SITUATION POLITIQUE ET ADMINISTRATIVE

Sur le plan politique, la Côte d'Ivoire est une république à régime présidentiel, avec une assemblée nationale.

Ancienne colonie française, elle a accédé à la souveraineté nationale en 1960. Gouvernée par Feu le Président Félix Houphouët-Boigny jusqu'à sa mort, en 1993, la vie politique nationale a connu un système de parti unique jusqu'en 1990 qui verra le rétablissement du multipartisme. Depuis lors, plusieurs partis possèdent des députés et des maires élus au suffrage universel. On doit noter toutefois que, de 1980 à 1989, les élections des représentants municipaux et des députés à l'intérieur du parti unique se sont déroulées d'une manière démocratique en mettant en compétition plusieurs candidats.

En 1995, la structure administrative territoriale comprenait 10 régions, 50 départements ou préfectures, 186 sous-préfectures et 196 communes. Il convient de faire remarquer que la région est la plus grande entité qui comprend des départements ou des préfectures. Les préfectures sont composés de sous-préfectures. Les sous-préfectures comprennent une ou plusieurs municipalités. La région est dirigée par le préfet du département du chef-lieu de région, le département par un préfet, la sous-préfecture par un sous-préfet, la commune par un maire élu et le village par un chef de village.

On observe un mouvement important vers la déconcentration de l'administration nationale ainsi que vers une décentralisation des pouvoirs en faveur des collectivités

locales. Mais le type de CH que nous étudions, est très étroitement et fortement lié au pouvoir central. Ces CH ne sont ni décentralisés, ni déconcentrés. En dehors de trois hôpitaux, tous les CH sont situés dans des chef-lieux de département.

1.2.3 SITUATION ÉCONOMIQUE

La Côte d'Ivoire, comme la plupart des pays d'Afrique au Sud du Sahara, a une économie essentiellement basée sur l'agriculture. Celle-ci occupe, en effet, 60 à 65% de la population. La production agricole est, en grande partie, destinée à l'exportation. Elle concerne principalement le café et le cacao qui ont contribué en 1990 pour environ 40% des recettes d'exportation (Gnebehi, 1992). Ces deux produits, auxquels il faut ajouter le bois, ont longtemps été les pivots de l'économie ivoirienne. La production de cacao est passée de 412.000 tonnes en 1980 à plus de 700.000 tonnes en 1994, plaçant ainsi la Côte d'Ivoire au premier rang des pays producteurs, au cours de la même période. De même, le pays est au septième rang des pays producteurs mondiaux pour le café (148.000 tonnes en 1994), après avoir été au troisième rang en 1980 (367.000 tonnes). Afin de rendre le pays moins dépendant de ces deux cultures, le gouvernement a initié des programmes de diversification des cultures pérennes et industrielles tels que le palmier à huile, l'hévéa, le coton, l'ananas, le cocotier, etc. Ces cultures sont généralement pratiquées sur des exploitations villageoises dont les produits sont commercialisés au sein de coopératives ainsi que sur des plantations industrielles appartenant à l'État et au secteur privé.

Parallèlement aux cultures d'exportation, un accent est également mis par le gouvernement sur le développement des cultures vivrières afin d'assurer l'autosuffisance alimentaire. Il s'agit des cultures :

- de la banane plantain en zone de forêt (Centre-Ouest et Sud);
- de manioc en zone lagunaire;
- de mil, de sorgho et du maïs dans les zones de savane;
- d'igname dans le sud de la savane et dans le nord de la forêt;
- du riz dans l'Ouest de la forêt et dans les bas-fonds.

En matière de productions de l'élevage et de la pêche, le pays couvre à peine 44% de ses besoins. La consommation annuelle moyenne par habitant est estimée à 10 kg pour la

viande et à 20 kg pour le poisson. Un effort est cependant fait depuis 1987 pour développer le secteur, et porter le taux de couverture de la consommation en protéines animales à 54% au terme de l'an 2000. En attendant, le pays importe de la viande sur pied des pays du Sahel (Burkina Faso, Mali, Niger, Mauritanie, etc.) ainsi que la viande congelée d'Afrique du Sud, d'Europe, d'Argentine, etc. les deux tiers du cheptel, composés de races locales comme le Ndama, Baoulé et de Zébus provenant des pays de la sous-région, sont concentrés dans la région Nord (Bouna - Korhogo - Odienné). Quant à la pêche, elle est, à la fois, artisanale et industrielle. La pêche industrielle est particulièrement dominée par celle du thon.

L'économie de la Côte d'Ivoire est aussi caractérisée par le développement du secteur industriel, rendu possible grâce à son ouverture aux capitaux étrangers. Ce développement a été profitable à l'industrie agro-alimentaire et à l'industrie textile. L'industrie agro-alimentaire est, à la fois, tournée vers le marché local et sous-régional et vers l'exportation. Il s'agit entre autres, des huileries, des conserveries, des complexes sucriers, des usines de fabrication de boissons, des usines de café, de cacao, d'ananas. L'industrie textile couvre toutes les phases de production, de la culture du coton à la confection. Il existe également d'autres industries de transformation qui contribuent au développement du pays : industrie du bois, de l'énergie, industrie chimique, etc. la prospection du sous-sol du pays n'a pas encore atteint sa vitesse de croisière. Cependant, les quelques résultats disponibles montrent que les ressources minières sont variées : fer, nickel, bauxite, manganèse, pétrole, etc. De même, des prospections ont révélé qu'il existe un important gisement de gaz naturel dans la région de Jacquville (au Sud). L'exploitation de ce gaz permettra de produire et d'exporter de l'électricité vers les pays voisins.

L'ensemble des activités économiques est soutenu par d'excellents réseaux de communication (routes, aéroports, ports et télécommunications). Selon une évaluation en 1994, la Côte d'Ivoire dispose de 73.300 km de routes (dont 5.300 km bitumées) qui permettent de désenclaver les principales localités du pays.

Notons qu'après une croissance économique soutenue entre 1960 et 1980, l'économie ivoirienne est entrée dans une crise prolongée due à la chute des cours mondiaux des matières premières exportées – principalement ceux du café et du cacao – et au poids de la

dette. Mais grâce aux différentes mesures d'ajustement structurel, à celles mises après la dévaluation du FCFA (unité monétaire locale) par le gouvernement et aux perspectives favorables dans le secteur minier, l'économie pourra renouer rapidement avec la croissance. En 1994, la Côte d'Ivoire a amorcé une phase de reprise économique mise en relief par des facteurs favorables et le taux de croissance à partir de 1996 atteint 7%.

Les années 1960, qui avaient été marquées par une forte croissance économique, ont particulièrement profité au système sanitaire qui s'est développé par la mise en place d'un réseau de formations sanitaires à travers le territoire national, dont l'animation étaient assurée par un personnel qualifié issu d'une politique volontariste de développement des ressources humaines. Malheureusement, la crise économique des années 1980, couplée à la forte démographie que connaît le pays, a exercé une lourde pression sur le système sanitaire qui, malgré son infrastructure imposante, est resté peu performant au regard des faibles taux de fréquentation dont l'explication réside essentiellement dans la non satisfaction de la population.

1.2.4 SITUATION SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE

La population de la Côte d'Ivoire connaît une évolution soutenue, caractérisée principalement par un accroissement naturel élevé, un apport migratoire important, une inégale répartition sur le territoire national et une forte propension à l'urbanisation.

Historiquement, les données démographiques disponibles remontent à 1920, année pour laquelle la population était estimée à 1.540.000 habitants. Cette population sera multipliée par 1,6 en trente cinq ans pour atteindre 2.540.000 habitants en 1955, ce qui correspond à un rythme d'accroissement annuel moyen de 1,4 pour cent, soit un doublement de la population tous les 50 ans (Ahonzo, 1984). Mais la croissance démographique s'accentuera davantage par la suite, surtout après les indépendances, sous l'effet combiné de la baisse de la mortalité, du maintien du niveau élevé de la fécondité et de l'immigration internationale en provenance, principalement, des pays limitrophes, et liée aux possibilités d'emplois qu'offrait le pays. Ainsi, la population de la Côte d'Ivoire sera-t-elle multipliée par 2,6 en l'espace de vingt ans pour s'établir à 6.709.600 habitants au Recensement Général de la Population (RGP) de 1975 (Direction de la Statistique, 1978).

Le rythme d'accroissement annuel moyen, estimé à 1,4% pour la période 1920-1955, passe donc à 5% par an pour la période 1955-1975, dont environ 3,5% sont imputables à l'accroissement naturel et 1,5% relèvent de la migration internationale.

Au deuxième Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH), réalisé en 1988, la Côte d'Ivoire comptait 10.815.694 habitants, soit 1,6 fois plus que l'effectif de 1975 (Adjé, 1992). Bien que le rythme d'accroissement annuel moyen se soit ralenti au cours de la période 1975-1988 par rapport à la période précédente, il n'en demeure pas moins qu'avec 3,8% par an, il reste parmi les plus élevés d'Afrique. À ce rythme, la population du pays doublerait vers l'an 2007 ou elle avoisinerait 22.000.000 d'habitants. À cette date, les naissances annuelles atteindraient 858.000 habitants contre 539.000 en 1988. En conséquence, la population d'âge scolaire (6 à 11 ans) passerait de 1.873.000 en 1988 à 3.704.000 en l'an 2007 (Abbas et Bamssié, 1992). En 1998, la taille de la population ivoirienne est de 15.366.221 habitants.

La baisse de la mortalité combinée à une fécondité élevée est l'un des éléments explicatifs du dynamisme de la population de Côte d'Ivoire. En effet, alors que le taux brut de natalité restait à un niveau relativement constant entre 1978 (49 naissances vivantes pour mille habitants) et 1988 (48 pour mille), le taux brut de mortalité passait lui de 17 à 13 décès pour mille habitants au cours de la même période. L'espérance de vie à la naissance a également progressé, passant de 35/40 ans en 1965 (Roussel, 1967), à 48,5 ans en 1978, pour atteindre 55 ans en 1988, soit un gain d'espérance de vie de 20 ans en 23 ans (1965-1988) et de 6,5 ans en 10 ans (1978-1988).

La résultante de la fécondité élevée (6,8 enfants en moyenne par femme en 1988) est l'extrême jeunesse de la population : 47% de la population a moins de 15 ans en 1988, alors que les personnes âgées de 60 ans et plus atteignent, à peine, 4% de la population totale. En matière de structure de la population, on peut relever, à partir des données du RGPH de 1988, que la population tend vers un rééquilibrage de la répartition par sexe avec respectivement 51% d'hommes et 49% de femmes (dont près de 21% en âge de procréer), contre 52% d'hommes et 48% de femmes en 1975. En 1998, la proportion d'homme est environ de 51% contre 49% de femmes dans la population totale. Par ailleurs, de par son peuplement, la Côte d'Ivoire est un carrefour d'ethnies et un brassage de nationalités. Les

ethnies sont regroupés en cinq grands groupes. Il s'agit des Akan (42%), des Krou (15%), des mandés du Nord (16%), des mandés du Sud (11%) et des voltaïques (16%) de l'ensemble de la population en 1988. Le taux d'immigration qui s'élève à plus de 25%, fait de la Côte d'Ivoire l'un des principaux pays d'immigration internationale d'Afrique subsaharienne.

Au niveau de la répartition spatiale, nous notons une augmentation de la densité de la population : elle est passée de 21 habitants au km² en 1975 à 34 habitants au km² en 1988 pour s'établir à environ 48 habitants au km² en 1998. Cette densité globale cache une très grande variation entre les départements. En effet, les plus fortes densités varient de 291 habitants au km² (département d'Abidjan, au Sud) à 72 habitants au km² (département de Sinfra, au Centre-Ouest), alors que les plus faibles densités évoluent de 6 habitants au km² (département de Bouna, au Nord-Est) à 9 habitants au km² (département de Dabakala, au Centre-Nord). De même, la zone forestière, qui couvre environ 48% de la superficie du pays, abrite à elle seule plus de 72% de la population, en raison des activités économiques liées aux cultures pérennes, en particulier le café et le cacao, pratiquées dans cette zone.

Bien que la population tende de plus en plus à s'urbaniser, la majorité demeure encore rurale. En effet, nous avons noté en 1988 que 61% de la population vivait en zone rurale contre 68% en 1975. Pour l'urbanisation, cinq villes de plus de 100.000 habitants regroupent 24% de la population totale du pays et 62% de la population urbaine. Abidjan est la plus importante de ces villes : en 1988, elle représentait à elle seule 18% de la population totale et 46% de la population urbaine, contre, respectivement 14% et 44% en 1975. Globalement la formation du milieu urbain, bien que récente, est rapide. En 1995, environ 48% de la population totale était urbaine.

Enfin, en ce qui concerne le niveau d'instruction, nous relevons un recul du taux d'analphabétisme qui passe de 75% en 1975 à 58% en 1988. D'après le RGPH de 1988, environ 16% de la population était constituée d'élèves et des étudiants, parmi lesquels 71% étaient dans le primaire, 22% dans le secondaire général, technique et professionnel, 1% dans le supérieur et 6% dans l'enseignement coranique. Le taux brut de scolarisation au niveau de l'enseignement primaire est estimé à 75% en 1980, est plus faible chez les fillettes (30 à 40%), alors que le taux d'alphabétisation des adultes est de 35%. À l'heure

actuelle, le taux brut de scolarisation à tous les niveaux d'enseignement (6-23 ans) est estimé à 33%. La population potentiellement active (15-64 ans), est estimée à 49,8% (plus de 7 millions) en 1995. En 1986, 65% de la population est animiste, 23% musulmane et chrétienne à 12%. La population continue d'affirmer des valeurs fondamentales comme la pérennité de la famille élargie, l'entraide collective, la vie communautaire et l'hospitalité. Cependant, le modernisme et les valeurs occidentales ne sont plus le fait d'une élite marginale. Ainsi, la population ivoirienne diversifiée, jeune, peu instruite et fortement féconde, constitue également en soi une forte pression sur la demande de services de santé qui va peser lourdement sur les performances du système sanitaire et tempérer l'espérance de vie qui était de 56 ans en 1994.

1.2.5 SITUATION SANITAIRE

Dans le domaine de la santé, le pays consacre annuellement environ 7 à 8% de son budget à ce secteur, hormis la contribution des organismes de la coopération bilatérale ou multilatérale, des Organisations Non Gouvernementales (ONG), le secteur privé, les municipalités, etc. Les établissements sanitaires publics sont classés, d'après leur niveau d'intervention dans la pyramide sanitaire comme suit (allant du bas vers le haut) : 1) Centre de Santé Rural (CSR), 2) Centre de Santé Urbain (CSU), 3) Centre de Santé Urbain Spécialisé (CSUS), 4) Formation Sanitaire Urbaine (FSU), 5) Hôpital Général (HG), 6) Centre Hospitalier Régional (CHR), 7) Centre Hospitalo-Universitaire (CHU), 8) Centre Hospitalier Spécialisé (CHS) (Décret No 96-876 du 25 octobre 1996).

Le pays disposait, au mois de juillet 1995, de 1124 établissements sanitaires dont 7% d'hôpitaux (Centres Hospitaliers Universitaires (CHU), Centre Hospitaliers Régionaux (CHR), Centres Hospitaliers Spécialisés (CHS), Hôpitaux Généraux (HG)). Les autres établissements sanitaires (formations sanitaires, centres de santé, dispensaires, maternités et Protection Maternelle et Infantile (PMI)) représentent près de 80% de l'ensemble (60% en milieu rural et 20% en milieu urbain). La répartition régionale de ces établissements sanitaires est inégale. En effet, nous notons une forte concentration des établissements dans la région Sud (25% à Abidjan) et, dans une moindre mesure, dans les régions du Centre-Ouest (12% dans la région de Daloa) et du Nord (10% dans la région de Korhogo). À l'inverse, les proportions sont relativement faibles dans les autres régions (3 à 9%). Au

niveau du personnel médical, nous estimons qu'il existait, en milieu d'année 1995, environ un médecin pour 17.000 habitants, un infirmier pour 3.000 habitants et une sage-femme pour 1.700 femmes en âge de procréer. Le taux de couverture de la population, en médecin, est deux fois inférieur à la moyenne d'un médecin pour 8300 habitants (1988-1992), estimée pour l'ensemble des pays d'Afrique au sud du Sahara (Banque Mondiale, 1993). Au mois d'avril 1996, le monde rural disposait d'un dispensaire pour 10.000 habitants et une maternité pour 14.100 femmes en âge de procréer. En termes d'accessibilité dans le monde rural, nous observons que 54% de la population vivent dans une localité disposant d'une formation sanitaire, 14% sont à une distance de moins de 5 kilomètres, 15% entre 5 et 10, 8% entre 10 et 15%, 5% entre 15 et 20 et 4% à plus de 20 kilomètres.

Au niveau de la morbidité, les maladies infectieuses et parasitaires sont les plus fréquentes et, parmi les personnes souffrant de ces maladies, la majorité est âgée de moins de 15 ans; parmi ces enfants, ceux de moins de 5 ans sont les plus touchés. On peut citer à cet effet plusieurs exemples : l'incidence de la diarrhée chez les enfants âgés de moins de cinq ans en 1995 était de 42,7 pour 1000, de 39,1 pour 1000 en 1996 et de 47,4 pour 1000 en 1997. Au niveau des infections respiratoires aiguës, l'incidence était de 74,0 pour 1000 en 1995, de 89,9 pour 1000 en 1996 et de 99,4 pour 1000 en 1997 chez enfants également âgés de cinq ans et moins. L'incidence du paludisme était de 68,9 pour 1000 en 1995, de 68,6 pour 1000 en 1996 et de 84,0 pour 1000 en 1997 dans l'ensemble de la population. Enfin, il faut mentionner l'épidémie de sida qui touche la Côte d'Ivoire depuis le milieu des années 1980. en particulier en Abidjan, qui serait l'une des villes les plus touchées au monde, le sida et ses maladies opportunistes auraient été la cause de près de 25.000 décès entre 1986 et 1992, les sept premières années de l'épidémie (Garenne et al. 1995)

Quant à la mortalité maternelle, son niveau est mal connu. Toutefois, selon les données disponibles, elle était estimée à 594 décès maternels pour mille naissances vivantes (Dogoré et al., 1993). D'autres l'estimaient à 597 en 1994 (INS), 208 en 1995, 231 en 1996 et de 245 en 1997 pour 100 000 naissances vivantes. (Ministère de la Santé Publique, 1997).

À partir des années 1990, les efforts entrepris par le gouvernement dans le cadre du Programme de Valorisation des Ressources Humaines (PVRH) ont crédité le système de

réelles potentialités en raison du rattrapage des retards accumulés au cours de la décennie 1990.

Le chapitre introductif nous a permis de bien définir le problème tout en spécifiant le contexte de l'étude. Cela facilite la compréhension des différents aspects qui seront évoqués par la présente recherche. Dans cette perspective, il convient d'effectuer une revue de littérature afin de mieux apprécier, la pertinence, l'originalité et les contributions spécifiques visées par notre recherche.

CHAPITRE 2 - ÉTAT DES CONNAISSANCES

2.1 L'INITIATIVE DE BAMAKO (IB)

La PRCAS est la version ivoirienne de l'IB mais sans la politique des médicaments essentiels. Cette dernière agit comme un facteur de renforcement ou une dimension de la PRCAS. En effet, l'objectif ultime de la PRCAS est de permettre au système de santé en général de mobiliser les ressources financières additionnelles. Cette stratégie est principalement fondée sur les établissements de soins de santé dont les CH constituent le chef de file. Ainsi, pour comprendre le modèle ivoirien, il conviendrait de voir d'abord la mise en œuvre de politiques de recouvrement en général. On verra ensuite, les effets associés à cette mise en œuvre. Enfin, nous énoncerons la variation des effets de politiques du recouvrement et leur contexte d'implantation.

2.1.1 MISE EN ŒUVRE DE POLITIQUES DE RECOUVREMENT

Un constat s'impose si l'on jette un regard plus large sur les études ayant trait soit à l'IB soit plus restreint aux politiques de recouvrement. Il s'agit de la présence de politique similaire dans un grand nombre de pays du tiers monde. C'est dans cette vision que certaines études de l'UNICEF (1995) montrent la popularité de l'adoption de politiques de recouvrement dans le cadre de l'IB. Ainsi, on peut indiquer que ces politiques ont été adoptées et mises en oeuvre dans divers pays en développement à travers le monde entier : le Bénin, le Botswana, le Burundi, le Cameroun, le Congo, la Côte d'Ivoire, l'Éthiopie, le Ghana, la Guinée, la Guinée Bissau, la Guinée Équatoriale, le Kenya, le Lesotho, le Mali, la Mauritanie, le Mozambique, le Nigeria, la République Centrafricaine, le Rwanda, le Sao Tome et Principe, le Sénégal, la Sierra Leone, le Tchad, le Togo et la Tanzanie, la Zambie, le Zimbabwe. En dehors de l'Afrique, citons le Belize, la Chine, l'Haïti, le Honduras, la Jamaïque, le Myanmar, le Népal, le Pérou, la République Dominicaine, le Salvador et le Viêt-nam.

La popularité des politiques du recouvrement nées de l'IB pourrait être attribuée au fait que son implantation semblent être un diktat de la Politique d'Ajustement Structurel (PAS). En général, la plupart des pays du tiers monde ayant adopté la Politique d'Ajustement Structurel avait un système de santé dont les coûts étaient principalement à la charge de l'État. D'ailleurs, bien que certains pays aient un système de recouvrement, ils adoptèrent le modèle de l'IB par principe de conformisme à l'ajustement structurel. Les

PAS avaient pour objectif d'atteindre les équilibres intérieurs et extérieurs des pays. Cela devait se faire aussi bien sur le plan conjoncturel (volet FMI) que sur le plan structurel (volet Banque Mondiale) de l'économie. Ainsi selon Kanji (1989) :

« en terme de santé, les politiques signifient que:

- *Les services de santé sont coupés et il y a moins de fonds pour les médicaments, le carburant et la supervision;*
- *Les prix des services ont augmenté ou ont été introduits là où il n'existe pas;*
- *Les subventions sur les aliments de base sont réduites ou retirées;*
- *La dévaluation de la monnaie nationale avec les prix de marché libre est introduite, diminuant grandement le pouvoir d'achat des ménages;*
- *Les salaires sont coupés ou gelés. »*

Par conséquent, l'auteur affirme que :

« le cycle complet se présentera comme suit : Les programmes de stabilisation du Fonds Monétaire Internationale (FMI) créent les conditions pour un marché basé sur le service de santé par la réduction du rôle de l'État. Les prêts de la Banque Mondiale (BIRD) qui s'ensuivent, recommandent la privatisation de la santé aussi bien par les mécanismes de recouvrement des coûts ou par allocation des institutions privées pour produire des services de santé. Les pays donateurs et les agences d'aides internationales s'alignent sur les politiques du FMI/BIRD en matière de financement sélectif de projets interventionnistes qui doit être fait avec les SSP ».

Il est devenu alors quasi impératif d'adopter l'IB afin de continuer à bénéficier des aides internationales plus aisément. En un mot, un grand nombre de pays du tiers monde ont été en quelque sorte contraint de mettre la politique du recouvrement selon le modèle de l'IB. Cependant, il convient de savoir si les différents pays ont réussi l'implantation de l'IB.

Il ne semble pas évident d'effectuer un bilan des politiques de recouvrement. En effet, ces politiques révèlent des natures fort diversifiées. Cette situation est surtout favorisée par le manque de précision de l'IB dans l'élaboration des politiques du

recouvrement. Ainsi, nous sommes d'accord avec des auteurs comme Foirry (ND¹) qui soutiennent que rares sont les pays qui ont appliqué à la lettre les principes de départ de l'IB. Cette affirmation est confirmée par Garner (1989) qui estime que l'IB est vague et manque de détails. Néanmoins, on peut effectuer une appréciation à partir d'exemples de politiques de recouvrement évoquées par plusieurs travaux. Nous constatons à cet effet qu'en général, les études évoquent les conditions d'implantation en ne dissociant pas les principes de l'IB, à savoir de l'intervention, à implanter des mesures organisationnelles ou environnementales. Toutefois, à partir de la littérature, nous pouvons effectuer une classification en cinq catégories en ne mettant l'accent que sur des éléments propres à l'intervention. Dans cette optique, nous pouvons retenir les aspects de *financement communautaire, la participation de la communauté à la gestion et/ou la décentralisation, la politique du médicament, la gestion et l'intéressement du personnel.*

Nous devons passer en revue chacun de ces aspects pour ensuite dire un mot sur les investissements requis pour l'implantation des politiques de recouvrement.

Le *financement communautaire* constitue une des caractéristiques propres au modèle de politique de recouvrement de l'IB. Cet aspect tire ses origines des éléments clés de l'IB. Ainsi, Diakité (1998) rapporte que l'IB est axée autour de quatre éléments clés dont le financement communautaire. De notre entendement et en conformité avec la littérature, le financement communautaire peut être défini comme la mobilisation des ressources financières additionnelles pour le système de santé en se fondant sur la communauté bénéficiaire ou utilisatrice de ce système. Il est important de compléter la compréhension de la logique du financement communautaire. Ensuite nous présenterons un bilan descriptif de cette dimension.

Le *financement communautaire* est l'un des piliers du modèle IB de la politique de recouvrement. Il constitue un pré requis pour l'implantation de la politique (Monékosso, 1989). Les raisons qui sous-tendent la politique sont forts diversifiées. Elles peuvent se résumer à travers les points suivants : capter les ressources communautaires comme une nouvelle source de financement pour consolider les services de santé de base spécialement

¹ ND : non daté

la santé maternelle et infantile (Jarret et Ofosu-Amaah, 1992) ; permettre au financement de la santé d'avoir les caractéristiques d'efficience, d'équité et de la pérennité (Shawn et Griffith, 1995) ; augmenter les ressources et pouvoir revitaliser potentiellement les soins de santé primaire (UNICEF, 1992 ; Nickson, 1990) et constituer une source de revenu ou augmenter suffisamment des revenus pour couvrir les composantes des coûts récurrents (Gertler et van der Gaag, 1990 ; McPake, 1993 ; Diarra et Coulibaly, 1990). Au-delà des fondements communs à tous les pays, d'autres études évoquent celles particulières à la CI. Il s'agit de résoudre la crise économique à partir du transfert de charge de l'État vers la communauté (Coffi, 1990 ; Berthomet, 1990). Cette raison est conforme au diagnostic de la crise de financement du secteur de la santé énoncés par plusieurs auteurs dont Paganini (1993). Au terme de ces raisons, le financement communautaire est devenu une réalité indéniable.

Le problème *d'équité* constitue incontestablement l'une des difficultés majeures pour implanter un schéma de financement tel que celui de l'IB. Il permet de comprendre au mieux le financement ou la participation communautaire. Il se justifie, entre autres par le fait que la proportion de la population pauvre où les plus démunies semblent défavorisées (Garner, 1989; Creese, 1991; Stinson, 1984). C'est dans la même optique que tout en mettant l'accent sur l'équité, Hecht et al. (1993) ont trouvé qu'au Zimbabwe, les tarifs contiennent, certes, plusieurs caractéristiques requises mais les revenus sont faibles. Trisolini et al. (1992) confirment que dans le court terme, les tarifs moyens de l'hôpital sont substantiellement inférieurs aux coûts unitaires. Pour Schmetz (1990), en dehors du Bénin et de quelques pays, aujourd'hui, le produit du recouvrement des coûts ne représente à ce jour qu'une faible fraction du fonctionnement hospitalier.

En somme, cette partie soutient que le financement communautaire est difficile à atteindre pour assurer une réelle autonomie financière du système de santé. Cependant, les différents travaux laissent entrevoir des interrogations. Ainsi, les questions suivantes sont susceptibles d'être soulevées : le *financement communautaire* est destiné à financer quel type de coût? Le niveau de couverture doit-il être partiel ou total? Quelle proportion de la population ou quelle catégorie de la population est-elle visée? Cette catégorie de la part de population visée est-elle suffisante? Toutes ces questions sont justifiées par le fait qu'il y a un flou conceptuel dans l'opérationnalisation du financement communautaire. Une plus

grande spécification contribuerait à améliorer le concept du financement communautaire. Notre étude devra s'efforcer d'effectuer de telles spécifications.

Pour ce qui est de la *participation communautaire*, elle constitue également l'un des quatre éléments clé de l'IB. Elle constitue la partie complémentaire du modèle de la politique de recouvrement selon l'IB. Il s'agit ici d'impliquer la communauté dans le processus décisionnel (Diakité, 1998; Nickson 1990; Paganini, 1991; Kanji, 1989). Elle doit pouvoir gérer la politique de recouvrement en partenariat avec le pouvoir exécutif traditionnel. Ce partage des décisions aboutit à une forme de décentralisation. La participation suppose de la coopération et de la collaboration entre les différents partenaires dans la gestion. Au Kenya, le succès de l'Initiative de Bamako est lié non seulement à sa disposition et capacité à payer, mais aussi à l'enthousiasme de la communauté (McPake, 1992, 1993).

La participation communautaire semble aussi souffrir d'une faiblesse de son opérationnalisation. En effet, la forme de collaboration est laissée à la libre appréciation de chaque pays. Ainsi, en CI, la participation communautaire s'opère par le biais des comité de gestion. Dans la littérature, l'accent n'est pas mis sur le caractère représentatif de la population. Cette situation soulève des inquiétudes. Il est donc important de savoir le nombre de femmes par rapport à celui des hommes? Combien y a-t-il de jeunes par rapport aux adultes et aux personnes âgées? Qui désigne les représentants de la population? Quel est le mode de désignation? Quelle est la base de connaissance requise en gestion des représentants de la population? La catégorie socio-professionnelle est-elle un critère pertinent à considérer? L'impossibilité immédiate de répondre à ces différentes questions confère aux publications actuelles des limites certaines.

La gestion est la mesure d'accompagnement inéluctable. En effet, les pays du tiers monde souffrent en général d'un manque d'expertise appropriée pour mener à bien une gestion adéquate. Un grand nombre de travaux relève le problème de gestion de façon unanime (Hecht et al., 1993; Bitran et McInnes, 1993; Gilson, 1995). Ainsi, la gestion doit être renforcée (Jarret et Ofosu-Amaah, 1992), bonne (Monekosso, 1989), efficace (Kanji, 1989), être un support (Nickson, 1990). En mettant la gestion en confrontation avec la participation communautaire, des inquiétudes peuvent être soulevées : Comment trouver

dans la population des personnes ayant des aptitudes à la gestion? Les systèmes de santé disposent-ils suffisamment de ressources humaines? Sinon quel serait le niveau de ressources humaines minimalement requis? Comment assurer l'harmonie dans la gestion entre d'une part une population parfois aux connaissances approximatives en gestion et d'autre part un système de santé souffrant d'un manque de ressources en quantité et en qualité?

Ces questions méritent d'être élucidées surtout dans des organisations aussi complexes que les CH. Elles ne doivent pas être ignorées par les études traitant des modèles de politiques de recouvrement de l'IB.

L'intéressement du personnel peut se définir comme l'incitatif financier qui permet au personnel du système de santé d'être performant. Il est alors important de mobiliser la population afin d'atteindre à la fois le financement et la participation communautaire ; il est également primordial d'inciter le personnel à produire les soins de santé de qualité.

La notion de l'intéressement du personnel implique la considération de la performance du personnel. Toutefois, quel type de performance associé à la production des activités de biens et services faut-il considérer? Quelle approche adéquate pouvant déboucher sur une convergence du facteur travail vers les buts ultimes de la politique du recouvrement? Aujourd'hui, la littérature est d'accord sur les facteurs incitatifs du personnel et même de la population (Parker 1991 ; Hecht et al., 1993). Mais, comme tous les autres concepts issus de l'IB, il y a également un certain flou qui l'accompagne. Cela met en relief des difficultés à pouvoir implanter de telles mesures. Cette remarque est vérifiable en CI où les textes de l'intéressement du personnel régissant la PRCAS ont été les derniers à être élaborés. En plus, l'intéressement constitue également l'une des dernières composantes de la PRCAS à être implantée effectivement. Cependant, le manque de modèle opérationnel adéquat, laisse apparaître un tâtonnement tant au niveau de l'application effective que de la littérature sur l'IB.

La politique du médicament apparaît comme la pierre angulaire des politiques de recouvrement. Partant de la politique du médicament, l'IB vise à assurer les approvisionnements en médicaments essentiels et à couvrir des coûts de fonctionnement

(UNICEF, 1990 ; Nickson, 1990 ; Kanji, 1989 ; Monekosso, 1989). Sous la forme générique, ces médicaments occasionneraient de faibles coûts d'exploitation et une marge bénéficiaire suffisante (Wag'ombé et Mwabu, 1987 ; Paganini, 1993). L'attrait exercé par les médicaments sur la population devrait contribuer à l'amélioration de la qualité des soins de santé. Cependant, en général, les études sur le médicament se limite à la mise en place de la politique, de la régularité des approvisionnements et de sa gestion en tant que stock. Il semble que la littérature s'intéresse peu à l'effectivité de la politique en tant que satisfaction des besoins de la population qui en est le bénéficiaire. A l'intérieur d'un pays comme la CI, la variation de la politique du médicament relèverait davantage de son opérationnalisation finale. À l'extérieur des établissements sanitaires, la gestion des stocks et la distribution des médicaments pour la consommation finale des ménages présentent des paramètres standardisés selon le types de CH à l'étude. Pour ce faire, le cas ivoirien soulève des questions dont la littérature ne nous donne pas les réponses. Citons à titre d'exemple, une série de questions suivantes : Quel est le nombre des jours de ruptures des stock ? Le taux ou le degré de satisfaction de l'ordonnance médicale prescrite est-il suffisant ? Les circuits de distribution sont-ils exempts de reproches ? Les types de comptabilité adoptée sont-ils appropriés ?

Concernant les *investissements*, l'implantation du protocole de base de l'IB a été cofinancée par le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la Banque Mondiale (BIRD), la Banque Africaine de Développement (BAD) et d'autres agences bilatérales pour un montant d'environ 180 millions de USD sur la période 1989-1991 aux pays les moins développés de l'Afrique sub-saharienne (Kanji, 1989). Ce qui fait dire à cet auteur que les fonds initiaux ont permis d'assurer : le lancement initial ou le développement des coûts pour les équipements de base exigés au niveau des services de santé primaire, la provision d'un nombre limité de médicaments durant la période du programme et le support des coûts (supervision, formation et mobilisation sociale) durant la période du programme. On peut dire que les pays en Afrique sub-saharienne ont disposé de fonds qui leur ont permis de faire face aux investissements initiaux de l'IB. Mais l'étude de Kanji demeure générale par rapport à la réalité ivoirienne. En outre, dans la littérature, personne ne semble s'intéresser à tous les fichiers exhaustifs sur les investissements opérés afin d'en déduire le niveau de performance ou d'efficience des PRCAS.

En CI, les investissements ont eu lieu à partir de plusieurs projets (Ministère de la Santé publique, 1996). Ils ont permis de transformer le Ministère en un vaste chantier de réhabilitation et de construction des infrastructures sanitaires nécessaires. Malheureusement, aucun auteur n'a rapporté cette expérience ivoirienne dans la littérature afin de mieux analyser l'apport des investissements effectivement réalisés dans l'implantation de la PRCAS. Nous avons aussi observé que les investissements ont été multiples et les contours demeurent parfois flou de sorte qu'il est difficile de déterminer le montant total des ressources effectivement allouées à une opération d'investissement dans un CH donné. Au-delà de la littérature, il est fastidieux d'obtenir cette information à partir des différents services impliqués dans les transactions relevant des investissements.

Par ailleurs, Wang'ombe et Mwabu (1987) ont relevé plusieurs difficultés dans leurs études relatives à la politique d'ensemble de la PRCAS. Parmi ces difficultés citons :

- Une grande dépendance aux médicaments importés. Ceci est un problème car les pays en développement sont en pénurie chronique dans les transactions internationales pour l'acquisition des médicaments.
- Une incapacité à vérifier la qualité des médicaments importés.
- Un manque de capacité de production locale.
- Des faibles systèmes d'approvisionnement et de distribution des médicaments essentiels.
- Une tendance des professions médicales à être influencés par les firmes multinationales de production pharmaceutique en faveur des produits qui sont pas coûts-efficace.
- Des difficultés de fixer des prix appropriés pour les comités de gestion des médicaments essentiels.

Aujourd'hui, force est de constater que la littérature ne pourrait répondre adéquatement à ces préoccupations en terme de cas pratique.

Après avoir présenté les différents aspects des politiques de recouvrement, nous parlerons d'abord du bilan descriptif desdites politiques dans quelques pays d'adoption. Ensuite, nous verrons le cas particulier de la CI.

Des études ont souligné principalement la faiblesse de l'expertise en gestion et de celle de la supervision locale qui conduit à des effets induits. Cela met en relief les dimensions de la gestion, de la participation communautaire et de la formation d'une administration qui semble chaotique avec un financement communautaire qui est atteint difficilement. La pérennisation de l'IB semble douteuse. En dépit de la faiblesse de la tarification adoptée, les succès sont variés. Ainsi, McPake (1992) a montré qu'en Guinée, au Kenya et au Nigeria, il y a eu du succès pour ce qui est de la mise en œuvre de la participation, de la politique du médicament, de l'investissement et de la tarification. Ce succès est lié au fait qu'en terme d'équité et d'accessibilité relatif au coût et à la qualité, l'IB semble réduire à la fois les barrières géographiques et financières à l'accessibilité aux soins de santé, ou tout au moins ne les augmente pas. Elle a donc permis d'atteindre en partie les objectifs escomptés. D'ailleurs pour l'auteur, cela a constitué la force de l'implantation de l'IB dans ces pays. Par contre, ce fut aussi la faiblesse de l'Ouganda et du Burundi. Cependant, il est difficile d'apprécier dans ces deux derniers pays qui ont d'autres types de problèmes affaiblissant la mise en œuvre de l'IB. Par exemple, l'Ouganda souffre du manque de motivation des acteurs. Quant au Burundi, le problème est celui de la précocité de l'évaluation de la mise en œuvre comparativement aux expériences vécues au Nigeria, au Kenya, en Guinée et en Ouganda.

S'agissant des dimensions de la décentralisation, de la politique du médicament, de la tarification et des investissements, Jarret et Ofusu-Amah (1992) ont aussi noté qu'il y a eu des progrès dans plusieurs pays dont le Kenya, la Guinée, le Bénin, le Mali, la Sierra Leone, le Togo et le Zaïre. Pour ce qui est de la participation financière de la communauté, Unger et al. (1990) ont montré qu'en dépit de l'augmentation de l'utilisation des services curatifs, les recettes sont demeurées faibles. En outre, le système de santé est parfois affecté par la pénurie de médicaments. Il y a également d'autres types de problèmes qui peuvent miner la bonne implantation de la politique du médicament.

Que pouvons-nous retenir de l'exemple spécifique de la CI en terme de bilan descriptif?

Pour mieux apprécier la mise en œuvre de l'IB en CI, il faut s'inspirer de la littérature traitant de modèles qui s'apparentent à celui de la CI. Dans ce cas, nous utiliserons le modèle de l'IB du Niger et le modèle traditionnel de recouvrement de la Jamaïque. En effet, ces deux pays ont pratiquement la même organisation administrative qui s'apparente à celle du Ministère de la Santé de la CI. Les modalités de fixation des prix sont contrôlées au niveau central. Ces trois pays partagent également des degrés de centralisation semblable. Au Niger, le projet pilote a mis l'accent sur trois éléments en implantation. Il s'agit de la formation minimale, de l'investissement en équipement et de la politique du médicament qui incorpore les fournitures. Ce fut suffisant pour une implantation réussie. En Jamaïque, la politique de recouvrement est basée sur des prix élevés, la loi du marché et des incitatifs appropriés. Le modèle jamaïcain est bien apprécié par des auteurs tels que Lewis (1993). Les incitatifs appropriés pourraient être, entre autres, l'équivalent de l'intéressement du personnel. À cet effet, les travaux de Monekosso (1989) permettent d'indiquer que la CI est l'un des rares pays à se conformer à certains principes d'implantation de l'IB : séparation entre les comptabilités des médicaments et celles des actes de soins de santé à recouvrer, majoration minimale de 10% du prix de vente des médicaments. Nous pouvons dire qu'au niveau des aspects politiques du médicament et l'introduction de la tarification séparée, la CI est l'un des pays qui y ont connu un succès de mise en œuvre de par son effectivité. Mais, en dehors de ces aspects, la littérature ne semble pas se préoccuper des autres dimensions importantes évoquées par le dispositif législatif et réglementaire.

Dans l'ensemble, les succès semblent mitigés du fait de la grande variabilité des dimensions considérées dans les modèles propres à chaque pays. La plupart des études portent en grande partie soit sur les centres de santé soit sur l'ensemble des infrastructures de santé sans distinction. Il serait important d'isoler la mise en œuvre de l'IB dans les CH des autres. Dans les CH, l'implantation est plus complexe avec une comptabilité moins simpliste que dans les centres de santé. En plus, il serait pertinent que les études analysent de façon exhaustive, claire et distincte des dimensions de PRCAS qui ont été mises en œuvre selon le modèle IB. Actuellement, les travaux mettent l'accent sur quelques aspects

spécifiques qui les intéressent sans faire allusion aux autres quand bien même ceux-là ne seraient pas problématiques. Nous constaterons deux grandes catégories d'études en terme d'effet de la PRCAS. Ainsi, dans la première catégorie les idées ont montré des effets bénéfiques de la PRCAS tandis que dans la deuxième il a été question des effets négatifs.

2.1.2 EFFETS DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA PRCAS

Les effets de la PRCAS sont assez variés. Les variations tendanciennes des effets de la PRCAS sont présentés par les travaux Parker et Knippenberg (1991) (Cf. Tableau I, p. 40) :

TABLEAU I - Les variations des effets des PRCAS issus de l'IB

Pays	Gestion locale des ressources	Disponibilité des intrants essentiels	Utilisation des services
Bénin	Croissance	Croissance	Grande décroissance
Ghana (hôpitaux gouvernementaux)	Décroissance	Décroissance	Décroissance
Ghana (hôpitaux confessionnels)	Décroissance	Croissance	Croissance
Guinée	Croissance	Croissance	Grande décroissance
Guinée Bissau	Croissance	Croissance	Grande décroissance
Libéria	Croissance	Croissance	Grande décroissance
Mali (Bankas)	Croissance	Décroissance	Décroissance
Mali (Djenné)	Croissance	Croissance	Grande décroissance
Mozambique	Décroissance	Décroissance	Décroissance
Rwanda	Croissance	Croissance	Croissance
Sierra Leone	Croissance	Croissance	Grande décroissance
Swaziland	Décroissance	Décroissance	Décroissance
Ouganda	Croissance	Ambiguë	Identique
Zaïre (Kindu Boma)	Croissance	Décroissance	Décroissance
Zaïre (Vako Boma)	Croissance	Décroissance	Identique

Source : Parker et Knippenberg, 1991.

Dans le Tableau I (p. 40), une croissance est synonyme d'une variation positive et une décroissance équivaut à une variation négative. Toutefois, comme dans toutes les

interventions, les effets sont en grand nombre. Ainsi, nous pouvons évoquer les effets attendus et inattendus, les effets voulus et non voulus, les effets officiels et non officiels, les effets exprimés et non exprimés, les effets désirés et non désirés. Sans avoir la prétention d'effectuer une énumération totale, nous pouvons les regrouper en cinq catégories principales qui sont : l'accessibilité aux services de santé, la qualité des soins de santé, l'utilisation des soins de santé, la mobilisation financière et les autres effets. Les effets des PRCAS sont très variables. Les études les analysent tantôt dans un ensemble où les effets sont interreliés, tantôt de façon isolée et spécifique. Comme précédemment évoqué dans le Tableau I (p. 40), pour certaines études, les PRCAS produisent des effets bénéfiques; alors que pour d'autres nous observons que les effets sont négatifs.

Nous verrons successivement les effets relatifs à l'utilisation, la qualité, l'accessibilité, la mobilisation financière ou autres.

a) Utilisation

Les politiques de recouvrement peuvent favoriser une augmentation de l'utilisation. On peut énoncer plusieurs études à titre d'illustration de cet effet positif. McPake et al. (1995), ont trouvé que l'exemple de la réussite et du développement de l'IB est en partie dû à une véritable amélioration dans l'utilisation des services de santé de base. Les mêmes auteurs montrent qu'au Nigeria, il y a une amélioration de l'utilisation, de la disponibilité des médicaments et laquelle est liée à la capacité d'avoir les moyens financiers comme le résultat de l'implantation des fonds de renouvellement des médicaments qui ont été initiés avant l'arrivée formelle de l'IB mais y ont été intégrés. C'est le cas de l'IB en Guinée où McPake et al. (1992) ont montré que le succès ne peut ignorer les fonds substantiels reçus de l'extérieur. L'importance de l'investissement initial est également évoqué par Jarett et Amaah (1992) comme facteur d'appui à la bonne implantation de l'IB. En CI, il y a le financement initial de la politique du médicament par les fonds FED, ensuite il y a les fonds du PVRH et enfin plusieurs programmes dans le cadre de la réhabilitation des infrastructures et équipements.

Cependant, il y a une différence entre la capacité des moyens à avoir et les perceptions des activités du patient dans l'Initiative entre les deux régions visitées. Il y a des problèmes de capacité absolue des moyens. D'autres exemples sont présentés par

Soucat et al. (1997) qui affirment qu'au Bénin et en Guinée, l'utilisation accrue des soins de santé conduit à augmenter le recouvrement des coûts et à améliorer la viabilité financière des services. Les travaux de Gbedenou (1994) ont aussi démontré que l'implantation de l'IB au Bénin est un succès à cause d'une utilisation indiquée par une fréquentation croissante des établissements de santé à l'étude. On peut terminer par le cas du Cameroun où l'utilisation des services dans les centres de santé a augmenté en dépit de l'institution de la politique de recouvrement avec la disponibilité des médicaments de qualité (Litvack et Bodart, 1993). Cependant, ces études s'intéressent en général aux situations du recouvrement dans des centres de santé. On sait que les soins des centres de santé peuvent être financièrement à la portée de la capacité à payer de la population. Il aurait été intéressant de sélectionner un panier de soins hospitaliers représentatif afin d'évaluer l'utilisation subséquente.

La PRCAS peut présenter des effets inattendus. C'est le cas de l'utilisation et du revenu au Burkina Faso où Sauerborn et al. (1994) affirment que les prix peuvent avoir de sérieux effets négatifs sur la santé même si la demande est inélastique. Une baisse de la fréquentation des services déjà sous utilisés – dans l'ordre même de 15% pour une augmentation des prix de 20% - signifie que de sérieux problèmes de santé seront exacerbés avant que les soins ne soient recherchés. Le report de recherche de traitement semble augmenter le coût du soin à la fois chez les utilisateurs que chez les producteurs et peut potentiellement répandre la maladie aux autres membres de la communauté. Pour Gertler, et Van der Gaag, (1990), les prix ont un plus grand effet négatif sur la demande des soins de santé des enfants que celle des adultes. Les mêmes auteurs en 1988 ont soutenu que l'augmentation des tarifs réduit substantiellement l'utilisation de soins médicaux chez les pauvres. Pour Bailey et al. (1994), la fréquentation en 1993 a chuté de 28% comparée aux niveaux de 1992 après introduction des tarifs. Le nombre de nouveaux clients a augmenté mais il y a une chute de la fréquentation chez les anciens. Selon Creese (1991), la tarification entraîne une diminution de l'utilisation des infrastructures du ministère de la santé de 30% de façon générale et spécifiquement plus de 50% dans les districts. Le groupe des enfants âgés de 0 à 5 ans est le plus vulnérable. L'équité, qui se manifeste en terme d'un même niveau d'accessibilité aux soins se détériore. Plusieurs études appuient ce point de vue. Ainsi au Népal, Cassels (1983) affirme que globalement, il y a une chute du taux de fréquentation des infrastructures de 9,2% pendant les premières années. Un revenu

insuffisant a été obtenu la première année pour le projet. Les revenus ont couvert seulement le tiers des coûts d'achat des médicaments. Au Zimbabwe, Hecht et al. (1993) ont rapporté dans leurs travaux que des gains potentiels peuvent être réalisés à partir de la réforme des procédures des coûts de recouvrement. Cependant, les résultats de leurs travaux n'étaient pas conformes à la réalité de la PRCAS car ils présentent des conclusions hypothétiques et non observées. À cet effet, les auteurs affirment que l'implantation de ces recommandations pourrait accroître les revenus de 11,4% des dépenses récurrentes hospitalières en 1990; ce qui excède le coût de recouvrement ciblé par le gouvernement. En effet, l'implantation de la politique du recouvrement nécessite l'apport de nouvelles ressources financières, matérielles et humaines. Ces ressources entraînent des coûts de fonctionnements additionnels. En outre, au Kenya, Osuga et Nordberg (1993), ont trouvé que l'utilisation en terme de fréquentation en ambulatoire a chuté significativement de 27,7% à 50% en moyenne dans les six premiers mois dans toutes les infrastructures étudiées comparativement à la période correspondante de l'année antérieure où les services étaient gratuits. Cette étude a eu lieu après l'introduction de la tarification dans un hôpital rural, dans deux centres de santé et dans deux dispensaires de la division de Kibwezi dans le district de Machakos au Kenya. Mais, il convient de se demander si cette baisse n'est pas associée à des facteurs autres que la tarification. En effet, l'étude a eu lieu au début des années 1990 au moment de la grande récession qui a justifié l'adoption des plans d'ajustements structurels. La diminution de la consommation des biens et services ne paraîtrait-elle pas généralisée à tous les secteurs ?

b) Qualité

Dans la présente section, on sait que l'un des objectifs primordiaux de l'adoption des politiques de recouvrement est la production de soins de qualité du secteur public dans le système de santé. On s'intéresse aussi bien à la qualité technique qu'à la qualité perçue. Plusieurs auteurs ont soutenu dans leurs études que « la qualité perçue est l'un des principaux facteurs qui déterminent l'utilisation des soins de santé (Mwabu, 1986 ; Sauerborn et al., 1989 ; hotchkiss, 1993 ; Gilson et al., 1994 ; Haddad et Fournier, 1995), et la non utilisation des services ». En fait, le financement visé par les PRCAS passe par une amélioration de la qualité des soins qui doivent faire face à une demande plus croissante née du besoin d'une utilisation plus grande. Il est souvent admis qu'en présence de soins de qualité, la distance ne saurait constituer un obstacle à l'accessibilité. Pour ce faire la

population continuerait à consommer. On peut citer en exemple des travaux qui confirment la position de certains défenseurs des PRCAS. C'est le cas des résultats d'un test pilote au Niger, lesquels ont démontré que la combinaison du recouvrement des coûts et des améliorations peuvent faire augmenter l'accès au soin de santé de qualité pour la population rurale en générale et les pauvres ruraux en particulier (Diop et al., 1995). Comme toutes les études pilotes, les conditions d'expérimentation semblent souvent optimales. On peut citer en exemple l'abondance relative et surtout la disponibilité des ressources requises.

Par contre aux philippines, Akin et al. (1986) après avoir montré que la qualité est un important facteur dans le choix du traitement, ils mettent l'accent sur une continuité du comportement. Il faut rappeler que Haddad et al. (1998) ont montré que dans la perception communautaire de la qualité des SSP en Guinée, la disponibilité et l'accessibilité étaient des items importants. Pourtant, en dépit de la qualité manifeste, les patients de la région de Bicol restent également attachés aux soins traditionnels. Les infrastructures médicales modernes ne sont pas rares en région rurale et en dépit de leur accessibilité, les guérisseurs traditionnels continuent d'être favorisés par 14% patients ambulatoire et les sages femmes traditionnelles s'occupent d'environ 70% des accouchements. Le coût d'une visite paraît avoir un faible effet sur le fait que le service soit utilisé ou non, et non sur le fait que le praticien va être choisi. On en déduit que les prix ne constituent pas toujours des incitatifs à la fréquentation des services de soins de santé moderne qui sont supposés être de meilleure qualité. Cette perspective est confirmée par l'inélasticité de la demande des soins de santé montré par d'autres études.

c) Accessibilité

Il s'agit très souvent de l'accessibilité financière. Il s'agit de la capacité financière où les familles les plus pauvres font face à des frais de service en dépit du fait qu'ils soient conscient de leurs coûts totaux élevés. Ainsi, au Ghana, pays voisin de la CI, Lavy et Germain (1994), trouvent que l'amélioration des services de base tels que les vaccinations, les soins infantiles et la disponibilité des médicaments semble avoir un effet significatif sur la demande des soins de santé. Dans cette étude, on peut souligner également que les améliorations de l'infrastructure et du staff ont aussi un impact certes faible mais positif. Cette étude met l'accent que sur l'amélioration des services de base tels

que les vaccinations, les soins infantiles et la disponibilité des médicaments. La santé d'une population dans un système de santé se limiterait-elle seulement à ces soins primaires?

Par contre d'autres auteurs tels que, McPake et al. (1993) montrent négativement ce que le modèle kenyan a en commun avec les autres versions de l'IB. En fait, le kenyan fait face aux difficultés d'assurer une accessibilité aux soins de santé pour les plus pauvres. Pour Mwabu (1990), les coûts totaux des infrastructures des soins de santé primaire sont faibles en comparaison avec les coûts hospitaliers récurrents. Cela peut réduire l'accessibilité des services de santé disponible pour les besoins de la population du bassin de desserte. Et les coûts de soins hospitaliers en Afrique sub-saharienne ne peuvent pas être recouverts par la majeure partie de la population. La faisabilité administrative d'un tel système dépend de la sensibilité des patients aux coûts monétaires et temporels du soin médical. Les sommes recouvrées sont faibles et ne recouvrent que partiellement les coûts réels. Ici on ne parle que des charges récurrentes hospitalières. En tenant compte de toutes les charges, ce serait alors une quasi utopie pour le système de santé de recouvrer les vrais coûts totaux.

d) Capacité à mobiliser les ressources financières

L'argument est que les tarifs des services bénéficieront principalement aux usagers, et les gouvernements réalloueront les contributions consacrées aux dépenses de santé pour d'autres activités qui produiront des bénéfices s'étendant au delà des individus. A cet effet, une enquête de la Banque Mondiale soutient que les revenus issus de la tarification représentent une petite – à la fois insignifiante – part des dépenses gouvernementales de santé en Afrique. Cependant, des revenus accrus dans le temps ont eu lieu en Côte d'Ivoire, en Éthiopie, au Lesotho et au Zimbabwe. Comparés aux hôpitaux, les centres de santé ont plus d'opportunités d'augmenter les revenus qu'ils collectent en rapport avec les coûts parce que le coût unitaire du service tend à être plus faible que celui des hôpitaux et leurs niveaux de prix peuvent mieux refléter les coûts de fonctionnement. En outre, les gens référés à l'hôpital semblent souffrir des problèmes graves et exige des soins dispendieux. Les hôpitaux ont parfois des problèmes de recouvrement des dettes consentis. Ailleurs, les gains sont à la hausse en dépit d'une chute dans le nombre de patients fréquentant les services hospitaliers sur la période étudiée. C'est le cas de la Jamaïque où pour Lewis, et Parker (1991), les gains sont à la hausse en dépit d'une chute

dans le nombre de patients fréquentant les services hospitaliers sur la période étudiée. Les revenus tendent à compenser pour les véritables coupures nominales dans la maintenance et la fourniture des budgets aide à garder les hôpitaux fonctionnels et à maintenir un service de qualité quand les budgets baissent et que les coûts croissent.

La mobilisation du revenu peut être aussi traitée comme le financement ou la participation communautaire. C'est dans cette logique que plusieurs auteurs se sont préoccupés du financement communautaire. La participation communautaire a débouché sur plusieurs interprétations. Selon Stinson (1984),² en Indonésie, le profile de contribution de plusieurs projets venant des divers sources entre 1983 et 1985 se présentent comme suit: gouvernement 16,5%; communauté 21,7%; hôpital 13,5% et dons 48,3%. Au Bénin, une importante étude a permis d'atteindre le pic de 85% des coûts opérationnels recouverts dans le cadre d'un projet basé sur la communauté³. Les coûts comprennent les médicaments, la rémunération des employés de santé du village, le fonctionnement et la maintenance de la chaîne de froid. Les employés de la fonction publique, les coûts de supervision et autres ne sont pas inclus. Au Mali, 20% des dépenses de santé sont assurées par le gouvernement (Creese, 1991). A titre de comparaison, aux États Unis, cette part est environ de 50%. Dans la plupart des autres pays développés, elle est supérieure à 50%. En CI, Le secteur hospitalier consomme la majeure partie des crédits publics affectés à la santé. Les charges en personnel consomment la majeure partie de ces crédits en mobilisant 70% du budget du ministère de la santé (Berthomet, 1990; Coffi, 1990). À titre d'exemple, en 1996, le PNDS présente la structure des dépenses du ministère de la santé comme suit : 55,08% des dépenses relèvent du fonctionnement, tandis que 44,92% sont constitués des charges en équipement et investissement. Dans la part du fonctionnement, 70% sont alloués aux charges salariales. Ce qui signifie que 16,53% environ constituent des dépenses de fonctionnement hors masse salariale. En tenant compte des revenus du recouvrement, on dira que le recouvrement maximal viserait 16,53% des dépenses (hors salaires et investissements). Si l'on comptabilise, dans les établissements (tous les établissements de santé : CHU, CH, autres établissements de santé), l'ensemble des produits du recouvrement y compris ceux des médicaments, 22,44% des coûts de fonctionnement (y compris la masse

² in Stinson, W. « Potential and limitations of community financing. World Health Forum »

salariale) ont été recouverts en 1996. Si on néglige à la fois la masse salariale et les investissements, ce pourcentage s'élève à 74,81%. Mais en tenant compte de ces deux rubriques budgétaires le pourcentage chute à 12,36%. En ne comptabilisant pas les ressources du médicament, le pourcentage de recouvrement des actes de santé recouverts reviendrait à 07,07%. En considérant toutes les dépenses de santé, les poids du recouvrement des coûts sont successivement de 16,3% en 1995 ; 14,4% en 1996 et 13,8% en 1997 (PNDS, 1996). Il convient de souligner que la première annuité comprend aussi des recettes issues du dernier trimestre de 1994. Ces pourcentages sont conformes à la tendance générale trouvée par les études antérieures. C'est pourquoi que Vogel⁴ (1990) résume l'expérience en Afrique sub-saharienne en dressant la part de revenu comme la proportion du budget du ministère de la santé. Elle est en moyenne de 5%. Et la valeur observée de ladite proportion est de 15% et moins. La CI réalise moins de 4%. Toutefois, la PRCAS n'existait pas encore en CI. D'ailleurs, les travaux de Berthomet et Coffi ne pouvaient pas faire référence à la PRCAS qui est a été mise sur place plus tard. Ainsi, ils s'adressaient aux recouvrements des coûts dans EPN et qui est justifié par les arguments juridiques suivants :

1. Loi No 80 – 1070 du 13 septembre 1980, fixant les règles générales relatives aux Établissements Publics Nationaux et portant création de catégories d'Établissements Publics Nationaux. Cette loi sera abrogée plus tard par LA LOI No 98-388 DU 2 JUILLET 1998.
2. Décret No 84 - 67 du 25 janvier 1984, réglementant la gestion et la comptabilité des biens et matières des EPN.
3. Décret 81 – 137 du 18 février 1981 portant régime financier et comptable des EPN.

Mais déjà au Ghana le recouvrement pouvait atteindre 15%. Par rapport aux charges récurrentes, au Malawi, on aurait pu atteindre 44% sans les dépenses salariales avec de simples améliorations de la gestion. En Afrique, il est difficile que les centres de

³ Alihonou, E. in l'utilisation du médicament essentiel comme base du financement communautaire : une approche de la mise en œuvre de la stratégie des soins de santé primaire dans un pays de revenu faible. Document non publié et non daté.

santé atteignent ce taux de recouvrement. Toutefois, le niveau de recouvrement ne dépasse pas les 15% mentionné par Vogel (1990) dans l'étude effectuée en Afrique sub-saharienne. En plus, dans une étude comparative entre les modèles de trois pays (Jamaïque, république Dominicaine et de l'Honduras), il en ressort que le modèle permettant un plus grand recouvrement dans les CH est celui de la Jamaïque en les rapprochant de ceux de la république Dominicaine et de l'Honduras. Le modèle ivoirien est plus proche de celui de la Jamaïque que de ceux de la République Dominicaine et de l'Honduras. Ce qui peut fournir de l'information la capacité potentielle de la PRCAS en CI.

En somme, hormis la faiblesse des revenus mobilisés, la PRCAS fait preuve de sa capacité à mobiliser des revenus additionnels.

e) Effets combinés

Certaines études ou infrastructures de santé peuvent montrer des effets combinés. Pour se faire, le perfectionnement et l'amélioration du système de recouvrement peuvent améliorer le rendement financier, l'efficacité et l'équité. Lewis (1993) pense qu'en moyenne les hôpitaux jamaïcains recouvrent 14% des coûts de fonctionnement. Ces proportions sont de 11% en république dominicaine et de 13% au Honduras. Ces taux montrent que c'est sur le continent américain que les taux de recouvrement en milieu hospitalier sont parmi les plus élevés comparativement à ceux obtenus par Parker Knippenberg (1991) en Afrique sub-saharienne. Les revenus de la plupart des hôpitaux sont alloués à la maintenance, à l'achat des fournitures et médicaments avec de faibles montants consacrés à l'équipement et au personnel. Les incitatifs et les mécanismes d'exemptions sont importants pour une plus grande efficacité. Le recouvrement a également une contribution potentielle qui améliore la base financière du secteur de la santé. En fait, elle dissuade aussi les gens qui ont les plus grands besoins en santé. Une prudente discrimination des systèmes de prix est nécessaire pour assurer que le revenu est généré sur la base de ceux qui ont les moyens de payer. Il en résulte un revenu améliorant la qualité et l'accessibilité aux soins de santé destinés aux pauvres. Cette assertion est confirmée d'autres études. Au Kenya, le succès de l'Initiative est lié à l'enthousiasme de la

⁴ 1990, Vogel, R. « Trends in health expenditures and revenue sources in sub-saharan Africa. Background paper prepared for African Health Policy, World Bank. World Bank, Washington DC »

communauté et à sa disposition et capacité à payer les produits pharmaceutiques. L'Initiative est supposée rendre abordable les services de santé de base. Les problèmes liés aux moyens possédés se situent aux niveaux supérieurs; quoique du niveau des dispensaires aux niveaux plus élevés il n'y a pas de problèmes. Les problèmes les plus importants sont d'ordre logistique, de gestion, de monitoring et de surveillance. Des stratégies claires n'ont pas été développées dans la configuration de l'Initiative.

Les fondements de certaines études sur la PRCAS reposent en général sur la même logique que celle d'organismes tels que la Banque Mondiale, l'UNICEF, l'OMS et autres précurseurs de l'IB. Dans la perspective de la Banque (1993), on peut procéder à un résumé d'effets combinés. En effet, l'accroissement de la disponibilité des ressources provenant du financement et de la participation communautaire peut améliorer la qualité et la gamme de services produits avec un effet sur la santé publique. Ce qui peut accroître l'accessibilité aux services requis. Des études soutiennent aussi que lorsque la nouvelle tarification pour les services de santé est accompagnée de l'amélioration des services, l'utilisation peut augmenter. En plus, cette augmentation sera positive à la fois pour les pauvres et les non pauvres. Ce qui équivaut à une plus grande accessibilité. Le recouvrement des coûts est fortement promu par la Banque mondiale comme un mécanisme pour atteindre des buts jumelés : la génération des ressources financières et l'introduction des principes de marché dans la politique de santé. D'ailleurs, la Banque soutient que : quand les prix de tous les services médicaux sont nuls ou uniformément faibles, les consommateurs n'ont aucune raison de prêter attention aux coûts. Ils auront tendance à utiliser les services qui reviennent à des coûts élevés au gouvernement. Ainsi, on peut encore constater que les effets ne sont pas vraiment isolés. La confirmation est établie par les travaux de Levy-Bruhl et al. (1997) qui ont regardé à la fois la couverture efficace, la couverture adéquate, l'utilisation, l'accessibilité et la disponibilité dans 199 centres de santé au Bénin et 222 centres de santé en Guinée dans un contexte de soins prénataux. Les auteurs soulignent principalement une augmentation importante de la couverture vaccinale en Guinée et au Bénin. Le même constat peut être faite de la conférence de Freetown en Sierra Leone avec Nickson (1990), où les aspects positifs de l'IB sont potentiellement évoqués : « 1) C'est un moyen utile pour augmenter les ressources et pouvoir revitaliser potentiellement les soins de santé primaire; 2) elle exploite la disposition à payer pour les

soins de santé, les profits qui constituent une source de fonds pour les services pour lesquels les gens ne payeront pas pour les coûts d'administration et d'améliorer de la qualité des soins; 3) les charges décourages les utilisations non nécessaires des maigres ressources qui conduit à un usage rationnel des services; 4) par l'amélioration de la qualité des services, l'IB peut aider à revitaliser les services de santé qui sont sous utilisés ». Ce dernier point a été aussi confirmé par d'autres auteurs tels que Litvack et Bodart au Cameroun (1993), Knippenberg et al. au Bénin et en Guinée (1997).

Ailleurs des effets négatifs ont été relevés dans certains pays du tiers monde. Pour ce faire, on remarque qu'en Ouganda, il y a de gros problèmes dans le système de santé (McPake et al., 1995): un important marché privé non régulé de médicaments, de très faibles transactions et les professionnels de santé motivés minent les efforts d'amélioration de la provision de service. On a des résultats différenciés dans les districts. En Guinée, la surveillance continue et la gestion est certes le point fort de la PRCAS. Mais des efforts d'amélioration doivent être réalisés. Toutefois, ce n'est pas le cas de l'Ouganda où des groupes marginaux n'ont pas vu leur accessibilité améliorée (McPake et Hanson, 1993).

En fait, les effets négatifs des PRCAS peuvent être discutables. Il n'est pas évident d'attribuer certains effets négatifs aux PRCAS. Au Mozambique, dans une étude portant sur 4 centres de santé de la province de Tete, Kanji (1989) a rapporté que la chute des consultations a précédé la tarification des médicaments. Des résultats similaires ont été trouvés dans d'autres villes du Mozambique (de Maputo, Beira et Quelimane). En Egypte, la sous utilisation du système de santé n'est pas lié aux frais d'utilisation mais à un manque de la compréhension de l'importance de soin prénatal; à la tradition; à la non satisfaction de la qualité des services et du staff; et au manque de confiance dans l'efficacité de la médication prescrite. Elle est également à la perception selon laquelle les services gratuits sont inférieurs aux services payants (Abu-Zeid et Dann, 1985). L'étude de Abu-Zeid et Dann ont permis de nous poser des questions sur l'impact négatif réel des PRCAS. Dans cette perspective et selon Foirry, le principal constat que l'on peut faire au bout de dix ans est le suivant : la priorité donnée par l'IB à l'accessibilité physique, de la disponibilité en médicaments et des ressources humaines et financières a rendu plus évident le caractère inachevé de la réforme des SSP et donc de l'IB. Car ce qui compte fondamentalement en matière de santé est que la fréquentation des formations sanitaires augmente et que l'état de

santé des populations s'améliore. Dans ces deux domaines, l'IB a historiquement échoué. En dehors des médicaments, les services les plus demandés, notamment les évacuations et les hospitalisations, sont hors de portée de 80% des populations à moins de s'endetter et/ou de dissiper son capital (et donc l'avenir). L'IB n'a pas permis d'améliorer l'état de santé des populations. Les services curatifs offrent de bonnes perspectives de gains financiers, ils ont la priorité par rapport aux soins préventifs. Néanmoins, l'auteur reconnaît que :

- l'IB comporte plusieurs éléments dont certains constituent un élément indiscutable de progrès (la disponibilité de médicaments essentiels génériques, l'accessibilité physique en milieu rural, etc.);
- l'appréciation de l'IB n'est pas facile parce que rares ont été les pays qui l'ont immédiatement appliquée et pour lesquels il existe une période suffisante d'évaluation;

Enfin, son évaluation est difficile parce que les applications concrètes sont très variables selon les pays et s'éloignent plus ou moins des recommandations initiales.

Dans l'ensemble, on peut dire que la PRCAS ou des politiques similaires peuvent contribuer aussi bien à l'amélioration qu'à la détérioration de la qualité, de l'accessibilité, de l'utilisation, la mobilisation de revenus et d'autres multiples effets. Sous cet angle, la politique apparaît comme une intervention inopportune ou mal conçue. Les travaux de Parker et Knippenberg 1991 ont montré que les effets sont variées. Toutefois, l'accent n'est pas mise sur les spécificités propres à chaque pays. Elles permettraient de mieux comprendre les variations qui peuvent sembler non standard en terme de nature réelle. Dans cette perspective, McPake, Hanson et Mills (1993) soutiennent que dans l'ensemble, les expériences apparaissent fortement dépendantes des caractéristiques environnementales : la tradition ou non de paiement des services, l'adéquation des ressources courantes disponibles et qui ont précédé l'implantation des de l'IB; l'état de son évolution et al décentralisation du pays; et la compétition face aux sources alternatives de soin.

Pour notre part, l'effet de santé financière de la PRCAS ou des CH n'a pas été explicitement analysé par les études antérieures. Une approximation ne pourrait être faite

qu'à partir d'autres effets tels que la mobilisation du revenu ou le financement communautaire. Cette dernière peut être analysée comme étant une mesure de la liquidité financière. Ce qui revient à considérer la performance financière en tant que vision partielle des dimensions de la santé financière.

Au terme de l'exposé sur les effets de la PRCAS, il convient de remarquer leur variation tant à la hausse qu'à la baisse. Cette situation pourrait être attribuable à plusieurs facteurs. On peut citer en autres les facteurs suivants :

1. La nature de la PRCAS implantée peut être différente en terme de décentralisation associée entre autres soit au processus de la prise de décision soit à la fixation des tarifs. C'est le cas de la PRCAS en CI ou au Niger où la politique semble être l'une des plus centralisée. Tandis que dans d'autres pays comme le Mali, elle plus décentralisée avec un plus grand rôle du comité de gestion.
2. La PRCAS peut être variable en terme d'âge. En effet, alors que la politique apparaît comme un phénomène récent en CI ou au Burundi, d'autres pays tels que le Nigeria ou l'ex-Zaïre semble pratiquer une politique de tarification antérieure à la PRCAS.
3. Le type d'infrastructure peut faire varier les effets de la politique. C'est le cas des études qui ont lieu dans les centres de santé et qui peuvent présenter des résultats contradictoires aux effets observés dans les CH où les soins sont plus dispendieux.
4. La nature des soins pourraient aussi expliquer les variations des effets. Certes, de nombreuses études mettent l'accent sur les SSP, mais, ils ne sauraient être représentatifs de tous les soins produits par un système de santé. D'ailleurs, la prise en charge des soins préventifs et des soins curatifs peut se faire différemment dans un pays donné.
5. Les mesures d'accompagnement ne doivent pas être négligées. C'est le cas de bons nombre de pays en Asie ou en Amérique latine qui combinent les programmes d'aide à la bonne implantation de la PRCAS. On peut citer en

exemple des politiques d'assurance maladie, d'aide à l'utilisation par des exemptions, des ciblage de clientèle en fonction de besoins spécifiques ou d'autres mesures combinées. Cependant, en Afrique surtout sub-saharienne, seules les politiques d'exemption dont l'efficacité demeure encore discutable au regard de l'équité semble être une solution assez prisée.

6. Les méthodes utilisées peuvent également expliquer les variations des effets. Les travaux de Lewis, 1993 comparent des groupes de CH très inégaux : 53 en Jamaïque, 10 en République dominicaine et 14 au Honduras. Les recherches de McPake et al., (1993) ont porté sur 130 personnes dans le pays le plus peuplé d'Afrique (Nigeria) et se déroulant dans un contexte où la saisonnalité peut être un biais pour une étude ayant obtenu les données sur 3 semaines.
7. L'interprétation de l'IB a entraîné une grande variété de PRCAS à implanter. Cela peut faire varier les effets de la politique.
8. D'autres variations pourraient être le fait que l'accent est davantage mis sur le recouvrement au détriment des effets comme la qualité technique ou l'utilisation dissociée d'un pouvoir d'achat très affecté par les choix dénués des coûts d'opportunité ; et/ou des autres effets. En plus L'équité est une évidence qui fait l'unanimité comme étant la faiblesse de la politique. Le degré d'inéquité semble difficile à estimer et donc dans son ampleur véritable par rapport aux analyses d'un lieu donné ».

Guinée, la surveillance continue et la gestion est certes le point fort de la PRCAS. Mais des efforts d'amélioration doivent être réalisés. Toutefois, ce n'est pas le cas de l'Ouganda où des groupes marginaux n'ont pas vu leur accessibilité améliorée (McPake et Hanson, 1993).

Dans l'ensemble, nous pouvons dire que la PRCAS ou des politiques similaires ont contribué à la détérioration de la qualité, de l'accessibilité, de l'utilisation, de la mobilisation de revenus et d'autres multiples effets. Sous cet angle, la politique apparaît comme une intervention inopportune ou mal conçue. Pour notre part, l'effet de santé financière de la PRCAS ou des CH n'a pas été explicitement analysé par les études antérieures. Une approximation ne pourrait être faite qu'à partir d'autres effets tels que la mobilisation du revenu ou le financement communautaire. Cette dernière peut être analysée comme étant une mesure de la liquidité financière. Ce qui revient à considérer la performance financière en tant que vision partielle des dimensions de la santé financière.

Par ailleurs, au-delà des effets positifs et négatifs de la PRCAS, il y a des études qui ont relevé des phénomènes exceptionnels. La diversité de la variation des effets semble avoir une bonne part d'explication dans les caractéristiques contextuelles.

2.1.3 VARIATION DES EFFETS DE LA PRCAS ET LE CONTEXTE D'IMPLANTATION

Comment le contexte d'implantation fait varier les effets? Bons nombres d'études ont regardé la variation des effets sous l'impact du contexte. Nous considérerons dans cette partie les cinq groupes d'effets précédemment énoncés : l'utilisation, la qualité, l'accessibilité, la mobilisation du revenu et les autres effets. Toutefois, la plupart des études ont mis davantage l'accent sur la baisse de l'utilisation des services de santé comme conséquence négative en terme d'effet de la PRCAS. Nous en ferons autant, dans la mesure où les études montrent que l'utilisation est interreliée avec les autres concepts.

Une synthèse de la littérature montre que l'utilisation ou la fréquentation des services de santé chute à cause d'un contexte d'implantation inapproprié. Les attributs de ce contexte peuvent être caractérisés par un niveau de pauvreté plus grand, une corruption accrue et un poids de la maladie manifeste. Le contexte de *corruption et de malhonnêteté*

agit comme facteur réducteur des effets de PRCAS. C'est dans la même vision qu'une étude portant sur plusieurs centres de santé a montré que les problèmes de paiement « en dessous de la table » (paiement informel des soins) et les surfacturations des services sont fréquents en Guinée (Turshen, 1999). En Tanzanie, c'est le comportement du personnel de santé qui est indexé. Le personnel, avec son faible revenu, vole les fournitures médicales gouvernementales et les vend illégalement aux patients. Au Bénin, des détournements et des coulages qui pourraient compromettre les PRCAS, sont également évoqués par les travaux de Gbedenou et al. (1994). Ailleurs en Afrique sub-saharienne Dumoulin et Kaddar (1993) ont aussi fait allusion aux tarifications de « dessous de la table ». au Zimbabwe et au Swaziland (Turshen, 1999), au Ghana et au Nigeria (UNICEF, 1997), au Mozambique et au Lesotho (UNDP, 1997), la baisse de l'utilisation des services sanitaires a été rapporté en raison de l'existence de tarification informelle. L'ampleur de corruption peut être aussi illustrée par des travaux en Zambie (Limbambala, 1994 in Turshen, 1999), en Ouganda (Brunet-Jailly, 1991; Okuonzi et Macrae, 1994), en Tanzanie (TGNP, 1993). De façon générale, Dumoulin et Kaddar (1993) qualifiait la corruption de dessous de table, alors qu'en Angola, certains travaux ont fait allusion au phénomène de « Gasosa » (MSF, 1995). La corruption semble profondément enracinée dans la plupart des pays du tiers monde au point de miner les effets de la mise en œuvre de la PRCAS. La variation de la qualité a des effets sur l'utilisation. Ainsi, comme précédemment évoqué, en Égypte, il y a une sous utilisation qui peut être expliquée par un manque de la compréhension de l'importance de soin prénatal, la tradition, la non satisfaction de la qualité des services et du staff, le manque de confiance dans l'efficacité de la médication prescrite, et une perception que les services gratuits sont inférieurs aux services payants (d'Abu-Zeid et Dann, 1985). Ainsi, 62% des ménages urbains ne sont pas satisfaits des services hospitaliers. Ailleurs, Bitran et McInnes (1993) montrent qu'en Amérique latine, précisément à San Salvador, et en République Dominicaine, la grande étendue de la sous utilisation des ressources gouvernementales constitue une inefficience dans l'allocation des rares ressources publiques. Avec Garner (1989), l'analyse met l'accent sur le problème d'équité et les difficultés d'implanter un schéma comme celui de l'IB. Les frais d'utilisation réduisent les taux d'utilisation.

En Indonésie, Chernichovsky et Meesook, (1986) assument que le faible niveau de revenu ménager apparaît comme une barrière à l'utilisation des services de santé moderne

même là où les services sont fournis par le gouvernement. Les ménages riches dépensent plus et utilisent beaucoup les services des praticiens modernes. Ceci n'est pas simplement un effet de revenu mais des effets de richesse qui sont particulièrement significativement en relation avec l'utilisation des services. Dans la même optique, Foirry évoque le paradoxe des payeurs pauvres : désormais, dans le monde, plus un pays est pauvre, plus ses habitants (surtout les pauvres) sont obligés de payer de leur poche les soins de santé au moment où ils sont malades. Les pays où la population paie de sa poche plus de 50% des dépenses de santé représentent 47,6% de l'ensemble des pays pauvres mais 5,4% des pays riches. Sur l'ensemble des pays du monde où la population paie plus de 50% des dépenses de sa poche, 62,5% sont des plus pauvres. À l'inverse, il n'y a que 27% des pays pauvres contre 70,3% des pays riches où la population paie moins de 30% des dépenses de santé de sa poche. Il est évident que les pays pauvres auront plus de difficultés à assurer une bonne politique de recouvrement. Pour ce faire, le nombre de population assurée apparaît comme important pour ce qui est des déterminants susceptibles de faire varier les effets de la PRCAS.

Cependant, il se pose un problème du pouvoir d'achat réel de la population. Il y a une abondante littérature qui met en relief sur ces concepts. Nous mettrons l'accent sur la capacité à payer qui s'analyse dans une perspective d'accessibilité financière. Il en découle trois types d'analyses.

D'abord, en Côte d'Ivoire, les taux d'utilisation des structures sanitaires, des blocs opératoires et des services de radiologie hospitaliers qui s'élèvent respectivement à 26,3%, 0,67% et 0,67% apparaissent peu élevés. Donc, au regard de la faiblesse de ces taux, il apparaît quelque peu injustifié de vouloir augmenter les barrières d'accessibilité financière à partir de la PRCAS. D'ailleurs, la perspective d'analyse de Dumoulin et Kaddar (1993) semble bien résumer la situation. Selon ces auteurs, un seul pays développé a organisé son système de soins sur une base très largement marchande : les États-Unis. Dans les autres pays développés, les financements collectifs et les régulations étatiques tiennent une place dominante. Les coûts gigantesques du système de soins des États-Unis et les considérables inégalités d'accès aux soins dans ce pays ne démontrent pas à l'évidence l'efficacité de la régulation marchande par les systèmes de santé. Les systèmes de paiement des biens et

services de santé à leurs coûts ont été abandonnés dans les pays développés à cause de leur caractère fortement inflationniste. Pourquoi instaurer alors de tels systèmes dans les pays pauvres? Le pays africain qui a le plus développé le paiement des soins par les usagers est le Zaïre, un des pays où le délabrement de l'État est le plus avancé. Ce pays doit-il servir de modèle? Vouloir transposer la logique essentielle de fonctionnement du système de santé des États-Unis aux pays africains, même à petite dose homéopathique, relève d'une démarche étonnante, car cette logique n'a pas fait la preuve de son efficacité ni sur le plan théorique ni sur le plan pratique. L'instauration du paiement des soins par les usagers les plus pauvres du monde relève du paradoxe et dans certaine mesure du scandale (Dumoulin et Kaddar, 1993).

Ensuite, le niveau conceptuel de la capacité à payer pose des problèmes de sa détermination. Selon certains auteurs, pour prévoir la capacité à payer, des enquêtes cherchent à évaluer les relations entre les revenus et les dépenses de santé (Aballea, 1992). Ces enquêtes se heurtent à des obstacles méthodologiques importants portant sur la définition de l'unité budgétaire, la mesure des revenus et des dépenses (Dumoulin et Kaddar, 1993).

Enfin, la complexité de facteurs influençant la décision personnelle de dépenser ou non de l'argent sur les soins de santé rend impossible à déterminer si le paiement (ou non paiement) est dû à la capacité à payer ou à d'autres facteurs. À long terme, les coûts d'accès aux soins de santé peuvent être considérés financièrement accessible quand la consommation et l'investissement dans les items essentiels tels que la santé et l'éducation ne sont pas plus bas que les niveaux qui menacent la santé et la capacité de gains futurs. Et aussi, lorsque les dépenses en santé ne menacent pas les passifs productifs tels que la viabilité des conditions de vie, la capacité à payer pour les besoins minimums à long terme et ultimement la santé devient importante (Russell, 1996).

Par ailleurs, il n'en demeure pas moins que si le prix est un des principaux déterminants de la demande, celle-ci dépend aussi de beaucoup d'autres facteurs (Carrin, 1993). L'auteur cite, à cet effet, les prix relatifs, les caractéristiques de l'offre, de l'individu et de la maladie. Ainsi, la capacité à payer à lui seul ne saurait expliquer tous les problèmes d'accessibilité aux soins de santé. Toutefois, l'auteur soutient que quoi qu'il en

soit, il reste que l'accroissement des tarifs de certains soins a toujours un impact négatif sur la fréquentation de la structure de santé.

Si l'on se réfère au niveau insuffisant des ressources mobilisées, les PRCAS doivent être appuyées par d'autres fonds. Ainsi, *d'autres sources de financement* doivent être considérées. Pour prévenir l'échec d'un tel schème, il doit être introduit graduellement et sensiblement avec un soigneux monitoring des effets de l'équité, l'utilisation et l'usage rationnel des médicaments. Étant donné la faiblesse de l'expertise en gestion et de celle de la supervision locale, l'administration semble chaotique et le financement communautaire est atteint difficilement. La pérennisation des PRCAS est aussi douteuse. Il est flou de déterminer le niveau à recouvrer et voir s'il apporte plus qu'un recouvrement partiel de coûts. Les devises étrangères et la mauvaise prescription constituent une critique des PRCAS surtout quand les salaires du staff de la santé dépendent parfois des profits du médicament.

De nombreuses analyses ont mentionné que le contexte peut varier les effets de la PRCAS aussi bien à la baisse qu'à la hausse. Cela nous permet de retenir quelques publications qui pourraient s'avérer être les plus pertinentes et les plus récentes. Ainsi Gilson (1997), traitant des leçons à tirer des expériences d'implantation de la PRCAS en Afrique soutient, comme ses prédécesseurs, que l'intervention en elle-même ne pose aucun problème. Cependant, de nombreux facteurs locaux font varier les effets de l'implantation de sorte qu'il y a un écart par rapport aux résultats attendus. Pour cet auteur, les expériences révèlent quatre groupes de facteurs qui minent l'efficacité de l'implantation des systèmes de tarification : *une faible configuration du système des prix, une faible autorité de la capacité de gestion locale, un manque de mesures d'accompagnement suffisantes et des contraintes contextuelles telles que le manque d'expérience de paiement de service public de santé, la faiblesse du système bancaire et communicatif, une variété socioculturelle et politique* (Collins et al. 1996 ; Gilson and mills 1995 ; Gilson et al. 1995 ; Kutzin 1995 ; Nolan et Turbat 1995). Pour ce faire, les facteurs contextuels influencent donc la configuration de la politique. Pour Gilson (1997), le contexte peut comprendre également le support institutionnel (facilité bancaires, facilités de communication), *le leadership adéquat, la capacité institutionnelle, la volonté à payer et la capacité à payer*. Pour l'auteur, le recouvrement des coûts tout seul pourrait atteindre l'équité, l'efficacité et le support. Les facteurs contextuels influençant la politique, ils

doivent donc être identifiés pour une meilleure implantation de la PRCAS. Les propos de l'auteur semblent indiquer que les effets de l'intervention se modifient en fonction de la variation des facteurs contextuels. Cependant, la faiblesse de l'étude réside dans le fait qu'elle ne montre pas comment l'intervention varie après avoir été influencée par les facteurs contextuels. Il aurait été intéressant de voir les changements intervenus sous l'impulsion des spécificités du milieu d'implantation de manière à présenter leur ampleur et les liens associatifs qu'on pourrait leur attribuer. Enfin, les travaux de Gilson ne s'intéressent principalement qu'à l'évaluation de type II à savoir l'impact du contexte sur la politique et non à une situation d'interaction avec la PRCAS.

Pour Turshen (1999), la nature du *poids de la maladie et la pauvreté* sont des éléments déterminants constituant des obstacles majeurs à la politique du recouvrement. Dans le contexte plus spécifique à la CI, *l'âge et le revenu* comme le montrent les travaux de Dor et Van Der Gaag (1987) et ceux de Gertler et Van der Gaag (1990) sont des facteurs significatifs du contexte d'utilisation des soins de santé modernes. Et enfin, Kroeger (1983) montre que des *caractéristiques individuelles et celles des services* sont des facteurs importants du contexte d'utilisation. Cependant, ces études n'ont pas mis l'accent sur l'organisation hospitalière dans sa performance théorique hors du contexte de la PRCAS. Cela aurait permis de mieux analyser la variation des outputs par rapport au contexte en présence et absence de la PRCAS.

Le contexte n'est pas toujours un facteur qui a un impact négatif sur l'effet d'implantation de la PRCAS. L'accent est mis sur les attributs organisationnels et ceux du contexte organisationnel.

L'UNICEF (1994), expose que des études de cas au Burundi, en Guinée, au Kenya, au Nigeria et en Ouganda fournissent un contexte historique pour l'état des soins de santé national au moment où l'IB a été implantée pour la première fois. Le succès de l'Initiative de Bamako n'est pas seulement le résultat du financement communautaire, mais dépend aussi du contexte historique, de la volonté politique, des contributions substantielles venant des donateurs, de la volonté gouvernementale à assurer une coordination des supports externes et de la confiance de la population. En Guinée, au Nigeria et au Kenya, la population locale, et le partenariat entre le gouvernement et les communautés jouent un rôle

essentiel dans la détermination du fonctionnement de l'IB. Les attributs organisationnels sont donc des atouts dans cette étude.

La mobilisation du revenu est en partie possible grâce au pouvoir d'achat de la population. Des exemples de fonctionnement de l'Initiative au Népal, en Guinée, au Bénin et en Mauritanie ont été étudiés à cet effet. Il est suggéré que lorsque les ménages sont disposés à payer les soins de santé dispensés par les praticiens traditionnels, c'est parce que les services gouvernementaux étaient perçus chers et manquaient de fournitures. Avec l'Initiative, les approvisionnements en médicament ont été répandus, les stocks sont plus pertinents et peuvent être vendus localement. Les revenus, qui sont contrôlés par la communauté locale sont utilisés pour maintenir les infrastructures et les stocks et étendent les services.

Pour la variation des autres effets, selon McPake (1992), il y a quatre facteurs environnementaux importants à considérer pour l'implantation de l'IB. *La tradition de la politique de paiement des soins, la disponibilité des ressources adéquates, la décentralisation administrative, et le degré de compétitivité des biens et services (y compris les médicaments)*. Ces attributs organisationnels réduisent les difficultés d'implantations et renforcent les effets escomptés de la PRCAS. On peut citer l'exemple d'une augmentation de la couverture en services des populations non desservies dans les pays tels que le Kenya, le Nigéria ou la Guinée.

Les travaux de Monekosso (1989) ont emboîté le pas à la *disposition de la population à payer les soins de santé, la gestion, les ressources institutionnelles*. Pour l'auteur, la maîtrise de ces facteurs accroîtrait la mobilisation des revenus attendus. La même analyse a été effectuée par Gbedenou et al. (1994) : *la taille de la population, la capacité à payer de la population et la compréhension que la population a du système et la confiance qu'elle y place*, sont les facteurs influençant le recouvrement des coûts. Selon ces derniers auteurs, un niveau élevé de ces facteurs accroîtrait les probabilité d'atteinte des objectifs. Ailleurs, Jarret et Ofosu-Amaah (1992) qui ont examiné des progrès dans plusieurs régions des PRCAS avec l'IB qui sont au Bénin, en Guinée, au Kenya, en Sierra Léone, au Mali, au Togo et au Zaïre. Ils ont trouvé que le renforcement d'un *partenariat entre les communautés et les gouvernements dans la gestion des soins de santé* a été la

caractéristique du succès de l'initiative. Cela signifie que ce sont les attributs organisationnels qui constituent la clé pour une implantation réussie.

En général, toutes les études d'illustration ont en commun le fait qu'elles ne s'attardent pas à identifier la structure contextuelle d'une part et paraissent parcellaire d'autre part. Le travail consistera donc à identifier les facteurs structurels susceptibles d'être source de variation dans une organisation donnée. Nous les exposerons dans la sous section intitulée « le contexte ». Nous pourrions savoir les caractéristiques contextuelles importantes à notre étude. Nous devons préalablement voir l'effet ultime de la PRCAS qui nous intéresse.

2.2 LA PERFORMANCE

2.2.1 PERFORMANCE ORGANISATIONNELLE

La performance n'est pas aisée à comprendre dans sa totalité. Elle est complexe et difficile à mesurer. Le consensus est loin d'avoir été trouvé. C'est dans cette perspective que nous proposons de pousser nos investigations à partir des auteurs qui traitent bien de cette préoccupation. Ainsi, en 1983, Cameron et Whetten mettent l'accent sur une réalité qui continue d'être toujours valide à savoir la complexité de la notion de performance. Il est alors important de clarifier une telle notion.

Selon Séguin (1990), « la performance des organisations peut être définie comme une notion d'efficacité à réaliser ses objectifs, être capable de réaliser les objectifs que nous nous sommes fixés, et une notion d'efficience qui implique une considération pour les coûts ». En définitive, pour l'auteur la performance c'est de faire ce qu'on a à faire et c'est bien le faire en termes de qualité et de coûts. Certains diront « Il s'agit de bien faire ce qu'on a à faire et c'est essayer de bien le faire ». Pour Van de Ven (1976), la performance peut être vue comme étant un critère ultime dans l'évaluation des organisations. Elle est aussi un construit complexe qui reflète les facteurs utilisés par les preneurs de décision pour évaluer le fonctionnement d'une organisation. Elle peut donc revêtir diverses formes. Ainsi, pour Meyer et Zucker (1990), nous pourrions parler alors d'une performance technique, commerciale, comptable, administrative, financière et de la sécurité. Enfin, les mesures de

la performance sont soit subjectives (perception d'un acteur ou d'un groupe d'acteurs) soit objectives (celles relevant des états financiers) (Bergeron et al., 1995).

En terme de concepts théoriques, la littérature sur la performance est très abondante. Selon Cameron et Whetten (1983), à présent, il n'y a aucun modèle (ou théorie) parcimonieux de l'efficacité organisationnelle : la littérature examine ces études en termes de buts (Cyert et March, 1963; Price, 1968), de systèmes organisationnels (Katz et Kahn, 1978), de métaphores (Weick, 1979) et de processus (Steers, 1977). Poursuivant avec la multidimensionnalité de la performance, d'autres auteurs tels que Morin, Savoie et Beaudin (1994) soutiennent que la performance peut être mesurée par un ensemble d'indicateurs en quatre dimensions qui sont : la pérennité de l'organisation, l'efficacité économique, les valeurs des ressources humaines et la légitimité de l'organisation auprès des groupes externes. Cette liste peut s'allonger davantage. Les modèles existants relèvent uniquement des reflets et multiples point de vue et idéologies dans l'organisation. Donc l'utilisation du terme « modèle » peut être une distorsion, car la littérature ne fournit pas généralement des modèles spécifiques, mais des tentatives et vagues conceptualisations construites des études d'efficacité organisationnelle et/ou de ses déterminants. Néanmoins, elle permet de distinguer plusieurs modèles de performance. Nous pouvons retenir selon la classification de Scott et Shortell (1988) ou de Champagne (1990) in Bilodeau (1996) trois grandes catégories de modèles individuels. Nous pouvons y ajouter une quatrième qui est celle des modèles intégrateurs.

Pour ce qui est des modèles individuels, nous pouvons citer d'abord le modèle de l'atteinte des buts (« goal model » ou perspective fonctionnaliste). Il est défini en fonction de l'atteinte des buts que l'organisation s'est fixés. Ensuite, il y a le modèle de performance où l'organisation est fondamentalement orientée vers sa propre survie et vers la satisfaction des besoins des individus qui y oeuvrent. La performance devient une question de climat, de moral, de satisfaction, en somme, une question d'harmonisation des intérêts (« Internal Process Model »). Enfin, lorsque nous privilégions les relations d'une organisation (système ouvert) avec son environnement, la performance peut être définie en terme de capacité d'acquisition des ressources nécessaires à partir de l'environnement (System Resource Model). Selon Champagne (1990), traditionnellement, le modèle le plus utilisé est celui de l'atteinte des buts.

La solution la plus souvent suggérée dans la littérature spécialisée afin de surmonter le problème de la diversité des conceptions correspond à une approche contingente reposant sur le choix d'un modèle de performance en fonction de sa pertinence au contexte (Cameron, 1986; D'Auno, 1992; Hasenfeld, 1983). Dans cette logique, les modèles individuels sont considérés comme ne faisant prévaloir qu'une vision partielle de la réalité des organisations. Cette solution comporte le risque d'une vision incomplète, parcellaire et fragmentée de la performance de l'ensemble de l'hôpital. C'est dans cette optique que d'autres études ont préféré des modèles intégrateurs. Nous pouvons citer à cet effet quelques tentatives d'élaboration de modèles intégrateurs. Nous avons retenus trois modèles intégrateurs dont la pertinence a été démontrée. Dans ce dernier cas nous pouvons citer les modèles de Quinn, le « Balanced Scorecard » de Kaplan et de Norton (application à l'OHA), et enfin celui de Sicotte et al. qui est inspiré du modèle de l'action sociale de Parson.

Le modèle de Kaplan et Norton (1996) présente le modèle intégré de la performance en quatre dimensions qui sont :

- 1) La dimension client qui vise à atteindre la vision. Ainsi, comment devront-ils apparaître aux yeux de nos clients?
- 2) La vision apprentissage et croissance recherche comment devons-nous supporter notre capacité au changement et l'améliorer?
- 3) La dimension du processus des affaires internes recherche la satisfaction des actionnaires et les clients. Dans quels processus d'affaires devons-nous exceller?
- 4) La dimension financière recherche le succès financier. Comment devons-nous apparaître aux yeux de nos actionnaires? Ce modèle se résume à une vision et une stratégie qui interagissent simultanément avec les quatre dimensions du modèle intégrateur.

Le modèle de Quinn (1991) présente un modèle d'intégration des mesures de performance sous plusieurs angles. Les pôles sont constitués par les modèles de relations humaines, des systèmes ouverts, des buts rationnels et du processus interne. À l'intérieur de

ces quatre pôles pivotent huit catégories de valeurs qui sont : la cohésion du climat de travail, les intérêts des systèmes humains, l'adaptation au changement organisationnel, la croissance dans la gestion stratégique, la productivité en terme d'amélioration de la performance, la clarté des buts en analyse organisationnelle, la stabilité du contrôle financier et la documentation de la gestion de l'information. L'idée essentielle est que les huit catégories doivent pivoter de façon équilibrée par rapport aux quatre pôles. Nous qualifierons le modèle de profil d'efficacité perçue.

Le modèle de Sicotte et al. (1999) présente la performance en dix dimensions fondée sur la théorie de l'action sociale de Parson (1951, 1977). Si nous adoptons la même typologie que Sicotte et al., notre performance serait celle de l'alignement stratégique dans la mesure où nous recherchons la pertinence des buts étant donné l'environnement et la recherche d'une plus grande adaptation. Nous pourrions aussi la qualifier d'alignement légitime où nous aurons l'effet mobilisateur des valeurs et du climat sur l'atteinte des buts.

Il y a certes plusieurs modèles intégrateurs, mais ils incorporent tous une dimension financière. En dépit de la complexité de la performance organisationnelle, tous ces modèles s'entendent sur le volet financier. Nous retiendrons la perspective intégrée constituée par deux types de modèle : l'atteinte des buts et l'acquisition des ressources. Dans l'atteinte des buts nous nous limiterons aux aspects de performance financière uniquement. L'acquisition de ressources se justifie par le fait que la PRCAS a pour objectif ultime l'acquisition de ressources financières additionnelles.

Dans l'ensemble, il est admis dans la littérature que le domaine de la performance organisationnelle est vaste et en construction récente. Les contours ne sont pas encore suffisamment bien délimités. Il est alors pertinent de réduire le type de performance pour alléger les difficultés. C'est ainsi que nous nous concentrons sur la performance financière qui est une mesure de la santé financière. Il s'agit de savoir ce que nous entendons par la santé financière. Une entreprise jouissant d'une bonne santé financière est réputée saine. Mais comment pouvons-nous apprécier la santé financière d'une organisation? Autrement dit, comment pouvons-nous analyser la santé financière comme mesure de performance dans une organisation donnée?

2.2.2 LA SANTÉ FINANCIÈRE

Dans nos travaux, le concept de santé financière est analysé à partir de la performance financière qui peut être présentée comme son synonyme. Il devient impératif de comprendre ce que renferme la notion de performance financière.

En général, les auteurs définissent la performance financière à l'aide des états financiers qui servent à les obtenir. Ainsi, en jetant un regard sur les travaux de Belley (1996), la performance financière serait une évaluation quantitative des états financiers annuels produits par des organismes hospitaliers et reliée à la poursuite de la réduction du déficit. Avant Belley, d'autres travaux dont ceux de Bergeron, Boulienne et Gagnon (1995), ont avancé que la définition de la variable performance financière peut être représentée par la rentabilité de l'entreprise sur le plan financier et immanquablement traduite via ces états financiers.

L'importance de l'inclusion des états financiers est justifiée à la vue des ratios utilisés pour l'obtention de la performance financière. En effet, le mode le plus commun dans lequel les données des états financiers sont résumées est sous la forme de ratio. Les ratios permettent de comparer à une norme la performance financière d'une entreprise. Nous pouvons effectuer différentes sortes de regroupements de ces ratios. Cela dépend de la pertinence suffisante des analyses à effectuer. À titre d'exemple, les travaux de Bergeron et al. (1995), identifient cinq groupes de ratios qui sont :

- 1) les ratios de liquidité,
- 2) les ratios de solvabilité,
- 3) les ratios d'efficience,
- 4) les ratios d'exploitation et
- 5) les ratios de rentabilité.

Il en va de même pour Guerra et al. (1995), qui soutiennent que la santé financière peut s'apprécier au moyen de cinq grands groupes de ratios : les ratios de structures ou de stabilité, de solvabilité ou d'équilibre, de liquidité, de gestion et de rentabilité. Au Canada, Statistiques Canada (1997) préfère trois groupes de ratios : les ratios de rentabilité, les ratios de rendement et les ratios de liquidité / solvabilité. Ailleurs, certains analystes

financiers utilisent six ratios alors que d'autres en utilisent 21. Nous pouvons citer également l'exemple du score de la Banque de France qui utilise huit ratios; le score de Conan et Holder en utilise cinq; Guerra et al. (1995) suggèrent six ratios. Cela démontre la variabilité du nombre de ratios précédemment évoquée en fonction de la pertinence perçue.

Dans notre étude, nous ne nous intéresserons qu'au ratio de rentabilité et de liquidité pour les raisons d'adéquation opérationnelle liées la comptabilité publique de nos CH. En effet, il est possible de les obtenir à partir d'un compte d'exploitation alors que les deux derniers le sont par des comptes patrimoniaux. Ensuite, en terme de temps, nous tenons compte de la variation. Et en terme juridique, nous tenons compte de la propriété des capitaux exploités. Or, en CI, les finances publiques sont régies par quatre principes qui sont : les principes d'universalité, d'annualité, d'unicité, et d'équilibre budgétaire (Pizzioli, 1985; Loi organique No 59-249 du 31 décembre 1959; Loi No 94-201 du 08 avril 1994). C'est dire que les seuls comptes disponibles par établissement spécifique sont ceux de l'exploitation. Pour ce faire, nous ne retiendrons que les ratios provenant de ce compte. Les comptes présentent les états financiers pour un exercice donné (période habituellement de 12 mois). Ils proviennent principalement du budget de l'établissement.

Le budget peut être une bonne source des états financiers. Ce dernier a été souvent utilisé pour ce genre d'analyse. C'est le cas aux États-Unis, où « The Office of Management and Budget (OMB) » a exigé que les agences fournissent des mesures de performance à partir de soumissions budgétaires des cinq dernières années. C'est dans la même logique que Wildawsky (1979) soutient que la performance peut être basée sur le budget.

Après les clarifications sur les notions de performance financière, de budget et des états financiers, il convient d'en faire autant avec la notion de santé financière à proprement parlé.

La littérature traitant de l'analyse financière est abondante à ce sujet. De cette littérature nous constatons que les ratios permettent certes de se faire une idée sur la santé financière de l'entreprise, mais cela n'est possible que dans les conditions idéales et de disponibilités d'informations complètes. Mais, pour d'autres auteurs comme Higgins,

(2001), l'évaluation de la santé financière d'une firme peut se résumer à deux éléments. La plus importante source d'information pour évaluer la santé financière d'une compagnie est ses états financiers qui sont constitués principalement par le bilan, le compte de résultat et les flux de trésorerie. En d'autres termes, l'évaluation de la santé financière peut aussi s'effectuer soit par l'interprétation des états financiers soit par l'évaluation de la performance financière. Nous en déduisons que la santé financière est en fait un bon compromis entre la rentabilité et la liquidité (Cf. Tableau II, p. 64). Nous pouvons avoir le schéma suivant :

TABLEAU II - Le compromis rentabilité-liquidité

		RENTABILITÉ	
		Bonne	Mauvaise
LIQUIDITÉ	Bonne	Situation saine (santé financière)	En difficulté
	Mauvaise	Difficultés temporaires ou faillite si des mesures ne sont pas prises	Entreprise moribonde

Nous remarquons que la rentabilité et la liquidité constituent des indicateurs de niveau de performance de l'hôpital. Pour conclure, nous pouvons dire les mesures de la santé financière sont fort diversifiées (Cf. Annexe 1, p. xxvi). Toutefois, certaines questions de validité des études de la performance financière des organisations publiques à but non lucratif doivent être élucidées. Il s'agit de dire en quoi la notion de performance financière apparaît-elle justifiée pour les CH en tant qu'organisation publique et à but non lucratif?

2.2.3 PERTINENCE DE LA PERFORMANCE DES ORGANISATIONS PUBLIQUES

Il apparaît aussi important de justifier la pertinence des mesures de performance financière dans l'évaluation de CH qui ne sont pas à but lucratif. Nous pourrions observer une vision plus critique à l'égard de la rentabilité des CH. En effet, dans le cas des Organismes Sans But Lucratif (OSBL), il apparaît illogique de les astreindre au modèle comptable traditionnel. En premier lieu, ces organismes n'ont pas comme objectif final la réalisation de bénéfice financier. En second lieu, la question que se posent les bailleurs de fonds ou les

donateurs est la suivante : est-ce que l'organisme à qui nous avons fourni de l'argent a rempli sa mission ? Un bilan et un compte de résultat, préparé selon la méthode traditionnelle, ne fournissent pas toujours une telle information. Sans vouloir marginaliser l'importance des états financiers pour permettre une saine reddition des comptes, nous croyons que le rapport le plus important à fournir aux bailleurs de fonds des OSBL est celui présentant un ensemble d'indicateurs de performance pour chacun des programmes sociaux gérés par les OSBL. Ceci constitue un défi à la profession comptable. D'autres auteurs énoncent également deux limites de la rentabilité comme mesure de la performance d'une organisation :

Premièrement, nombreuses sont les études qui montrent que la maximisation des profits n'est pas nécessairement le seul but des propriétaires. D'ailleurs, si cela est particulièrement vrai pour les entreprises publiques, cette caractéristique est aussi vraie pour le secteur privé. Pensons à la volonté de croissance, de puissance ou d'internationalisation que peut entretenir certains propriétaires des entreprises privées comme publiques.

Deuxièmement le profit ne résulte pas nécessairement de la qualité d'une exploitation. Il peut être dû à un effet de prix sur les marchés compétitifs, sur un marché monopolistique particulier ou encore sur un marché fortement réglementé ou subventionné par l'État. Ces profits ou pertes ne reflètent pas la façon d'utiliser au maximum les ressources de l'entreprise. Dans cette perspective, les indicateurs financiers ne permettent pas toujours d'estimer convenablement la place et la performance des entreprises publiques. Nous pouvons nous en servir seulement si le profit est l'objectif reconnu et avoué et si l'on est en mesure de vérifier que les résultats ne sont pas faussés par une estimation biaisée des coûts et des prix (Forget et al., 1995). Dans notre cas, il n'y a ni marché monopolistique eu égard à l'existence des sources alternatives de soins d'établissements privés et confessionnels; ni une très grande variation des prix d'acquisition sur le marché des inputs hospitaliers (en dehors de certains intrants) compte tenu du fait que l'approvisionnement se fait en général sur le marché national d'importation. Il est important de voir l'attitude des différentes comptabilités dans certains pays.

La performance financière présente une certaine convergence selon une série de comptabilités différentes qui sont : Accounting Standards Board (ASB, United Kingdom), Financial Reporting Standards Board (FRSB, New Zealand), Financial Accounting Standards Board (FASB, United States), Canadian Accounting Standards Board (CASB, Canada), International Accounting Standards Committee (IASC). Toutes les comptabilités des différents pays prouvent qu'il y a une grande similarité entre elles en dépit de certaines différences (Johnson et al., 1998). En effet, ces comptabilités tiennent compte de l'ensemble des transactions qui ont lieu dans l'organisation. Mais elles mettent l'accent sur les revenus et investissement des actionnaires de même que sur la fiscalité. Ce qui n'est pas le cas des CH en CI où il n'y ni actionnaires ni une imposition fiscale sur le Chiffre d'Affaire (CA). En CI, la comptabilité publique est assez différente de celle du privé. C'est ainsi que tous les flux patrimoniaux et amortissements lui échappent (Coffi, 1990). En outre, la position du FASB et de l'Institut Canadien des Comptables Agréés (ICCA) est que les différences entre les entreprises à but lucratifs et les OSBL sont minimales. Ces deux groupes d'organismes devraient donc utiliser les mêmes principes comptables (Tremblay et al., 1996).

La pertinence de la performance peut aussi être perçue au travers des objectifs de la démarche de vérification ou de contrôle : évaluer le degré d'économie et d'efficacité de la gestion et de l'emploi des ressources puis évaluer l'efficacité avec laquelle les opérations du service atteignent les objectifs définis par l'État et par la propre direction du service. Ainsi, le directeur ou l'administrateur en chef (le gestionnaire des CH dans notre étude) est chargé d'exercer une surveillance constante, afin d'assurer le bon fonctionnement de son service. Donc la performance du CH est le fruit des ses efforts. En effet, la responsabilité de gestion, doit porter sur l'efficacité et l'économie de l'emploi des fonds, des biens, du personnel et des autres ressources. Rappelons qu'un contrôle de gestion est un examen objectif de la performance financière et opérationnelle d'une organisation, d'un programme, d'une activité ou d'une fonction. Il cherche à identifier les possibilités de réaliser de plus grandes économies, d'obtenir une meilleure marche et d'accroître l'efficacité.

En outre, il y a la nécessité d'une discipline financière dans les entreprises : l'objectif ultime d'une entreprise publique, ou d'ailleurs de toute entreprise industrielle, est de

maximiser les bénéfices socio-économiques grâce à l'utilisation optimale des ressources dont elle dispose. Nous pouvons cependant soutenir que la viabilité économique ne constitue pas un bon indicateur d'efficacité économique ou de rentabilité sociale, particulièrement en présence de droits à l'importation, de contrôle des prix par le gouvernement ou de distorsion des prix des facteurs. Néanmoins, il serait naïf de prétendre que la rentabilité peut être purement et simplement ignorée. La rentabilité financière est importante, ne serait-ce que pour permettre aux entreprises publiques de financer leurs investissements. Cela est conforté par l'objectif principale de l'IB qui est la mobilisation de ressources financières additionnelles (Gilson, 1997).

Les Nations Unies (1980) ont publié un manuel pour l'amélioration de la gestion dans l'administration publique dans un souci de mesures destinées à renforcer l'efficacité des services organisation et méthodes de l'État. Ce manuel met l'accent sur l'importance attachée à la bonne qualité de la gestion dans le secteur public. Il s'agit également de la mise en relief du poids de la performance.

2.2.4 PROBLÈMES D'ADOPTION DES MESURES DE SANTÉ FINANCIÈRE HABITUELLE

Nous devons effectuer une courte présentation des comptes financiers des entreprises. En général, les états financiers dans une organisation sont constitués par bilan, le compte de résultat et les flux de trésorerie (Higgins, 2001).

Au niveau du bilan, il peut être patrimonial ou fonctionnel (Gensse et Topsacalian, 1999). Le bilan patrimonial est aussi un bilan échéancier qui compare le degré de liquidité des actifs et le degré d'exigibilité des dettes et permet d'apprécier le risque de cessation de paiement. En CI, un actif est d'autant plus liquide qu'il peut être transformé en monnaie rapidement et sans perte de valeur. De ce point de vue, nous distinguons à l'actif du bilan, par ordre de liquidité croissante, les valeurs immobilisées, les valeurs d'exploitation (les stocks), les valeurs réalisables (les créances) et les disponibilités. Une dette est d'autant plus exigible qu'elle devra être remboursée rapidement. Il n'est pas tenu compte de sa durée à l'origine mais du temps restant à courir jusqu'à l'échéance c'est-à-dire de sa maturité. Nous classons, au passif, les sources de financement selon leur exigibilité croissante : capitaux propres, dettes à long terme et dettes à court terme.

Quant au bilan fonctionnel, il fournit une image du fonctionnement de l'entreprise en présentant le niveau atteint par les flux de ressources et d'emplois. Il conduit à distinguer les postes selon le cycle auquel ils se rattachent : l'exploitation, l'investissement et le financement (Cf. Tableau III, p. 68).

TABLEAU III - Schéma du bilan fonctionnel d'une organisation

Actifs immobilisés (plus d'un an)	Valeurs immobilisées (immobilisations)	Actifs net comptable	
		Dettes à long terme	
Actifs circulants (moins d'un an)	Valeurs d'exploitation (stocks)	Dettes à court terme	Capitaux permanents (plus d'un an)
	Valeurs réalisables (créances)		
	Valeurs disponibles (disponibilités)		

La lecture du Tableau III (p. 68) révèle des observations importantes. Au bilan de nos CH, il n'y a ni capitaux permanents ni valeurs immobilisées en terme d'information disponible en dehors de quelques exceptions. Il n'y a que du court terme. Pour les valeurs d'exploitation et réalisables, il n'y a pas de comptabilité tenue à cet effet. Pour les dettes à court terme, les CH n'opèrent pas sur le marché financier. Ils ont tout au plus des obligations de dépenser leur subvention sous forme de crédits d'exploitation. Si ceux ci ne sont pas dépensés, il ne revient pas obligatoirement au CH.

Le compte de résultat comptabilise les charges et les produits de l'année. Il est compilé à partir du résultat d'exploitation, du résultat financier, du résultat exceptionnel, du résultat net et de l'affectation du résultat (Cf. Annexe 2, p. xxix). Dans nos CH, il n'y a pas de résultat financier ni exceptionnel. Ils ne sont pas assujettis aux impôts. Et l'affectation du résultat est un report à nouveau. Dans les produits nous avons les chiffres d'affaires ou ressources propres et les subventions d'exploitation octroyées par l'État.

À titre d'information, il y a lieu de faire la différence entre le bénéfice de l'exercice et le résultat de l'exercice dans le cas spécifique de notre étude. Le bénéfice est une modalité du résultat qui est soit une perte ou un bénéfice.

Au niveau du bilan, nous rencontrons des problèmes conceptuels qui affaiblissent la validité des mesures habituelles.

Le passif total est méconnue à cause de l'approximation des capitaux permanents. La seule information que nous avons ce sont les avoirs propres à court terme des CH.

Nous constatons ici que pour les entreprises de prestations de service comme le CH, les biens et les stocks sont pas beaucoup importantes. Cela sous estime tous les produits qui ne nécessitent pas de matière première. C'est le cas des consultations médicales. Pour ce qui est de la valeur des services et biens divers, nous sommes dans le cadre d'une politique de recouvrement de coût dans un contexte d'organisation publique à but non lucratif. Il y a beaucoup d'éléments non disponibles en terme d'information dans les CH. Nous ne pouvons donc pas calculer ces genres de ratio. Officiellement, dans l'ensemble, les ratios de gestion apparaissent peu utile dans le cadre de notre étude.

En outre, les CH ne contractent pas de dettes à court terme. Même les crédits fournisseurs se font sur la base des avoirs prévus et sûrs. Donc les exigibles à court terme n'apparaissent pas vraiment dans la comptabilité. En fait, l'une des règles de la finance publique est le principe de l'équilibre budgétaire. Toutes les dépenses envisagées ont leur contrepartie financière assurée. L'importance des ratios de liquidité est telle que nous devons trouver des mesures adaptées à notre étude.

Cependant, les CH ne disposent pas de capitaux à long terme à proprement parler. Ils disposent seulement de fonds propres à moins d'un an. Toutefois nous considérerons tous les capitaux financiers de l'hôpital et nous pourrions avoir un proxy de l'Indépendance Financière (I.F.), par rapport aux financements extérieurs, mais à court terme. Il sera la part des fonds propres par rapport à l'ensemble des financements. Nous pouvons aussi le calculer par la comparaison entre les fonds propres et les subventions de l'État. Nous l'appellerons le Coefficient de Mobilisation des Ressources Additionnelles (CMRA).

Par ailleurs, d'autres mesures telles que le levier et le cash flow permettent également d'évaluer la performance de l'organisation. L'effet de levier est soit un effet multiplicateur de la rentabilité de l'actif total, soit un amplificateur du risque financier. Mais nous l'avons négligé. En fait, le passif total est méconnue à cause de ce que pourrait représenter les capitaux permanents. Les seules informations que nous avons ce sont les avoirs propres à court terme des CH. En plus, les CH ne contractent pas de dettes à court terme. Même les crédits fournisseurs se font sur la base des avoirs prévus et sûrs. Donc les exigibles à court terme n'apparaissent pas vraiment dans la comptabilité. Dans tous les cas, nous pouvons dire que le levier ne s'applique pas aux CH car ils ne font face à aucun endettement. Il serait approprié de leur permettre de faire ressortir les niveaux d'endettement. De toutes les façons, des pratiques officieuses de dettes demeurent une réalité. C'est le cas d'un CH qui acquiert un automate de biochimie à un prix très élevé. Ce prix pourrait absorber plus de la moitié du budget de fonctionnement des plus gros CH et presque la totalité des budgets d'autres CH. Le paiement se fera alors selon des annuités. La dette pourrait s'étendre sur un financement de cinq ans. Cette exigibilité à long terme n'apparaîtra nul part dans la comptabilité et pourtant elle existe véritablement.

Enfin, des indicateurs tels que le cash flow net ou la capacité d'autofinancement et la rentabilité boursière ne peuvent être obtenus. Les CH ne sont pas cotés en bourse. Le cash flow exige la connaissance des dotations aux amortissements et aux provisions. Donc cette partie ne concerne pas notre étude.

Les faiblesses de la tenue de comptabilité patrimoniale et d'exploitation mérite que nous fassions des reconsidérations de certains termes afin de pouvoir obtenir des mesures adaptées. Considérant l'importance de la contribution des ratios, il convient de repenser les principes de la finance publique des CH. Cette réforme permettrait d'améliorer la gestion des organisations publiques dans leur ensemble et d'alléger le poids des pertes engendrées par le manque de bonne pratique comptable et financière. Dans cette optique, et compte tenue de la spécificité des CH, nous proposons de la mesurer ici par sept variables de performance financière. Il y aura d'une part deux variables de rentabilité et d'autre part cinq variables de liquidité. Dans notre étude, la santé financière est donc analysée en tant que performance financière.

Au terme de la clarification portant sur les différents aspects comptables et financiers de la santé financière, il convient maintenant de passer en revue celles qui nous semblent les plus pertinents dans le cas spécifiques des CH en CI. En général, si nous tenons compte de la littérature et des raisons précédemment évoquées, les mesures financières peuvent être regroupées comme suit :

La rentabilité (ROI, ROA, Marge brute, taux de rotation), liquidité (ratios d'exploitation, ratios de liquidité), investissement (couverture des investissements, couverture, ratio dettes/fonds propres), actif, passif et capital (Jones, 1976; Hopkins et Hopkins, 1997; Dess et al., 1997; Datta et al., 1991; Boyd, 1991; Hamilton et Shergill, 1992; OHA, 1999). La grande diversité de ces mesures impose des choix aux études les utilisant. Ainsi, dans notre cas, tout en exposant les raisons, il a été retenu sept variables de performance financière. Il s'agit du rendement des capitaux propres, du rendement de la subvention, du chiffre d'affaires par lit, du coefficient de mobilisation des ressources additionnelles, de la variation du chiffre d'affaire par lit, de la variation du coefficient de mobilisation des ressources additionnelles et du taux de croissance des ressources propres. Ces indicateurs nous permettent de couvrir à la fois la performance financière aussi bien en tant que rentabilité que liquidité. Dans la perspective de Higgins (2001), la santé financière est appréciable aisément. Quelques spécifications de chacun des concepts retenus équivalra aux éléments suivants :

Le ROE qui est le taux de rendement des capitaux propres est un indicateur qui peut se calculer par proxy. Les ressources issues de la PRCAS constitue les seules dont le CH en est vraiment le responsable. En dehors de celles-ci, il n'a aucun contrôle sur les autres que sont les subventions, les dons ou legs. Toutefois, nous sommes dans le court terme avec les ressources à moins d'un an. Nous pourrions dire qu'il s'agit d'un taux de rendement des capitaux propres à court terme. Le résultat étant assimilé au bénéfice net, nous sommes véritablement dans un indicateur de rentabilité financière.

Le ROOS qui lui est le taux de rendement des subventions d'exploitation vise à capter la performance financière que nous pouvons associer aux apports de l'État. Il s'agit de voir la rentabilité des CH par rapport aux apports extérieurs gouvernementaux. Ce ratio

de rentabilité montre la rentabilité susceptible d'être associée aux subventions de l'État. Cet indicateur permettra de savoir s'il y a une association entre les caractéristiques structurelles et l'équivalent de la part de résultat par rapport aux subventions reçues.

Pour le CAPL qui est le Chiffre d'Affaires Par Lit, nous pouvons dire qu'il s'agit pour nous d'un ratio de liquidité relative. En effet, les ressources propres sont les disponibilités que nous comparons à la capacité hospitalière en lit. Cela permet d'effectuer une comparaison entre les CH au niveau des disponibilités, en annulant l'effet de taille. Notre position exceptionnelle est telle que les ressources propres se confondent avec le chiffre d'affaires.

Le CMRA ou le Coefficient de Mobilisation des Ressources Additionnelles peut être qualifié de ratio soit d'Indépendance Financière (I.F.), soit de Liquidité Immédiate (L.I.). Initialement, il s'énonce comme le rapport des disponibilités et des exigibles à court terme. Nous pouvons assimiler les exigibles à court terme aux subventions. En effet, les subventions sont des crédits budgétaires octroyés par l'État. Ils ne sont pas acquis d'avance ni pour toujours. Pour les bénéficier en totalité, il faut les dépenser et en justifier l'utilisation. En fait on pourrait dire qu'il s'agit d'un prêt non remboursable. Son caractère exigible de moins d'un an est l'élément important. Quant aux ressources propres, elles se limitent aux disponibilités. Donc ce ratio est à la fois un proxy de la liquidité immédiate et de l'indépendance financière. En tant que ratio d'Indépendance Financière, nous comparons des apports extérieurs aux apports intérieurs.

Maintenant, il nous faut apprécier leur variabilité. Il s'agit des variations de la liquidité sur une période donnée. Elles permettent de savoir si la performance financière est maintenue, s'améliore ou décroît. Ainsi, La Variation du Chiffre Affaires Par Lit est le taux de variation de l'indicateur Chiffre d'Affaires Par Lit sur la période 1995 à 1998. La Variation du Coefficient de Mobilisation des Ressources Additionnelles est la variation du Coefficient de Mobilisation des Ressources Additionnelles sur la même période. Enfin le Taux de Croissance de Ressources Propres (TCRP) a lieu également sur la même période.

En résumé, dans notre travail, nous mesurons la santé financière par sept dimensions qui sont des variables de la performance financière. Et ces variables sont composées de

variables de mesure de rentabilité (Rendement des ressources propres et le rendement des subventions) d'une part et de mesure de liquidité (le chiffre d'affaires par lit, le coefficient de mobilisation, les indicateurs de variation et le taux de croissance) d'autre part. Cette classification est conforme aux travaux de Datta, et al. (1991). Les mesures devront être obtenues à partir de la comptabilité des CH. En effet, la comptabilité publique est considérée surtout comme un procédé d'établissement de la responsabilité des recettes et dépenses de l'état. Ses fonctions d'évaluation, de mesure et de gestion sont souvent méconnues. Les services comptables du secteur public s'en tiennent, dans l'ensemble, au principe de la tenue de livres ou adoptent une attitude administrative et légaliste; en général, le système utilisé est la comptabilité de caisse plutôt que la comptabilité patrimoniale. Les gouvernements estiment pour la plupart que la comptabilité de caisse est le procédé le plus utile dans les conditions présentes, bien qu'ils reconnaissent les avantages de la comptabilité patrimoniale, en particulier pour l'établissement des budgets et pour la planification.

En complétant la réflexion, il est souvent observé que les entreprises d'État, qui constituent souvent l'élément moteur essentiel des opérations du secteur public et occupent une place prépondérante dans le secteur des entreprises, utilisent en général la comptabilité patrimoniale pour tenir leurs registres. Les entreprises relèvent directement ou indirectement de la comptabilité publique et disposent souvent d'un assez bon système comptable. Cependant, les comptes, les états et les analyses justificatives destinés à faciliter les décisions des gestionnaires laissent souvent à désirer. En outre, dans de nombreux services publics, la politique des prix se fonde rarement sur des méthodes comptables efficaces, les fonds indispensables au remplacement des actifs étant insuffisants (ONU, 1978). Il est donc normal de se concentrer sur la comptabilité de caisse et négliger les immobilisations. Cela est encore plus vrai avec le type de secteur public auquel appartient les CH (relevant d'un Ministère). Ces CH n'ont d'ailleurs pas de patrimoine propre à eux.

Il est important de voir l'importance du contexte par rapport à la performance financière. En d'autres termes, il conviendrait de savoir que la performance d'une organisation est contingente, c'est à dire qu'elle dépend de sa capacité à modeler et/ou à s'adapter à son environnement (De Pourville, 1998). Autrement dit, la nature de la santé financière pourrait être affectée par les contingences environnementales. C'est dans cette

perspective que McCue et Thompson (1997) ont soutenu que la performance financière est fonction des variables endogènes et exogènes de l'hôpital. En outre, les conditions externes à l'organisation et le champ de force interne constituent les deux grandes dimensions de la dynamique organisationnelle qui ont un impact sur la performance des entreprises publiques (Forget et al., 1995). Mais l'étude de Forget et al. ne dissocie pas les conditions structurelles des non structurelles de sorte qu'elle paraît trop globale et quelque peu simpliste de la réalité. Certains soutiendront que dans la constellation de l'environnement, cinq sous-systèmes interagissent fortement sur l'organisation : trois pour l'environnement externe : la technologie (ensemble de techniques, d'outils, de machines, de matériaux, de composants), la clientèle (ensemble d'acheteurs, de personnes qui se servent toujours au même endroit) et la concurrence (rivalité entre plusieurs forces poursuivant un même but). Deux pour l'environnement interne : le personnel (ensemble des personnes employées dans une organisation donnée) et les finances (ensemble des recettes et des dépenses). C'est également dans cette perspective que d'autres auteurs comme Desmarteau (1996) définit les dimensions et composantes de l'organisation comme étant constituées de trois éléments internes (la structure, la culture et les individus) en étroite coordination et synchronisation. Nous devons y ajouter trois autres dimensions constituées de facteurs externes (la société, l'histoire et les contingences) influençant les dimensions internes.

Dans notre étude, seules les dimensions structurelles et individuelles à l'interne et les dimensions société et contingences qui nous intéressent. Les raisons de ce choix sont inhérentes à la nature de notre modèle de recherche. En fait la structure peut être définie comme les caractéristiques formelles et tangibles de l'organisation. La structure se réfère donc aux objectifs officiels et aux stratégies explicites, aux aspects structuraux et concrets de l'organisation, à ses actifs physiques et à leur déploiement, aux politiques et règles de fonctionnement, aux systèmes mis en place pour assurer la gestion des ressources humaines (rémunération, formation, promotion), ainsi que le contrôle et le suivi des opérations. Nous voyons ici que, la structure se réfère également aux relations hiérarchiques et aux formes explicites de direction et d'exercice du pouvoir. En fait, la structure est constituée de tout ce que nous prenons souvent à tort pour l'ensemble de l'organisation. Il convient de mieux comprendre le contexte structurel de notre étude.

2.3 LE CONTEXTE STRUCTUREL

2.3.1 LES PRINCIPAUX MODÈLES D'ANALYSE D'IMPLANTATION

Nous nous inspirerons des travaux de Denis et Champagne (1990), qui ont identifié cinq modèles explicatifs de l'implantation qui sont: les modèles rationnels, de développement organisationnel, psychologique, structurel et de politique bureaucratique.

Selon Denis et Champagne (1990), Le modèle rationnel est celui de la planification et du contrôle et représente la conception traditionnelle du changement planifié dans les organisations. Ce modèle ne nous intéresse pas dans la mesure où notre intérêt de recherche n'est pas la planification dans un contexte de mise en œuvre d'une intervention.

Pour ce qui est du modèle de développement organisationnel, ces auteurs le décrivent comme une approche appliquée de gestion, favorisée normalement par les consultants dans le domaine de l'administration. Selon eux, ce modèle beaucoup plus normatif qu'analytique est favorable à un style participatif de gestion, une décentralisation des processus de décision, de programmes d'enrichissement des tâches et des mécanismes entraînant une bonne communication dans l'organisation. Ce modèle ne nous est pas très utile pour la simple raison qu'il serait plus adapté aux contextes où se posent des problèmes de gestion. Et étant donné que notre étude n'est pas celle d'une problématique de gestion à élaborer, il serait avantageux de rechercher d'autres modèles.

Quant au modèle politique, ils estiment que l'adoption et l'implantation d'interventions sont considérées comme des jeux de pouvoir organisationnel dont le résultat constitue un ajustement aux pressions internes et externes. Un tel modèle serait peu approprié pour notre analyse. Toutefois, nous ne sommes pas intéressés à étudier cet aspect de la recherche.

Toujours, selon Denis et Champagne (1990), l'avant dernier modèle identifié par est le modèle psychologique qui concerne les attitudes, le changement d'attitudes et la relation attitudes-comportements. Il postule une relation séquentielle entre les croyances, les attitudes, les intentions et les comportements. Par conséquent, ces auteurs supposent que les attitudes et les croyances vont influencer la propension des individus à accepter l'implantation d'une

nouvelle intervention. Ce modèle aurait pu être approprié pour notre étude. Mais nous ne désirons pas cette approche parce que seules les caractéristiques structurelles du contexte nous intéressent.

Finalement, selon Denis et Champagne (1990), le modèle structurel postule que les organisations qui parviennent à implanter une intervention et qui présentent un contexte favorable à son efficacité se distinguent des autres par toute une série de caractéristiques référant aux attributs organisationnels (taille, centralisation, formalisation, niveau d'expertise, etc.), au contexte organisationnel (incertitudes environnementales, degré de compétition, aisance organisationnelle, degré d'urbanisation, etc.) et aux attributs des gestionnaires (« locus of control », attention portée à l'innovation, orientation cosmopolitaine ou locale). Ce modèle est celui que nous retenons dans la mesure où le contexte structurel de l'organisation pourrait faire varier l'effet de la santé financière (Cf. Figure 2, p. 15).

Aux termes de l'exposé des cinq modèles et des ses variables caractéristiques, notre cadre théorique reposera sur un modèle structurel. Ainsi dans un contexte de la PRCAS, comment la structure hospitalière vient-elle influencer la santé financière? Avant de répondre à cette question nous devons comprendre les éléments du contexte structurel.

2.3.2 ÉLÉMENT DU MODÈLE STRUCTUREL

2.3.2.1 Justification théorique

Il y a plusieurs théories qui permettent d'analyser le contexte organisationnel. Nous pouvons en retenir trois à savoir, les théories de la contingence, de la dépendance des ressources et la théorie générale des systèmes.

Au niveau des théories de la contingence et de la dépendance des ressources, Séguin et Chanlat (1992) soutiennent que ce sont des courants qui marquent la maturité des théories des organisations qui deviennent, à ce moment, un champ autonome. Les auteurs donnent la démarche de base de la recherche dans le domaine de l'analyse des organisations. L'accent est mis ici aussi sur la structure et la technologie. En fait les écoles de la contingence et de la dépendance des ressources humaines sont extrêmement déterministes. Selon elles, la tâche du gestionnaire n'est que celle d'adapter de la manière possible l'organisation à son environnement. Et les études de ces deux écoles en arrivent aux conclusions que les variables structurelles, environnementales et démographiques influencent la performance de l'organisation. D'autres auteurs comme Keats et Hitt (1988), Prescott (1986), Child (1972), Grinyer et al. (1980), Blau et al. (Blau, 1968; Blau et schonenherr, 1971) sont également du même avis. Mais ces études sont de type trop général pour nous car ils ont étudié l'organisation de type privé en grande majorité.

En ce qui concerne la troisième théorie, il s'agit de la théorie générale des systèmes de l'école systémique. Selon Von Bertalanffy (1968), alors que dans le passé la science essayait d'expliquer les phénomènes observables en les réduisant à un jeu d'unités élémentaires étudiables indépendamment les unes des autres, des conceptions apparaissent dans la science contemporaine, s'attachant à ce qu'on appelle assez vaguement la « totalité », c'est-à-dire les problèmes d'organisation, les phénomènes qui ne se réduisent pas à des événements locaux, les interactions dynamiques manifestées dans les différences de comportement des parties quand elles sont isolées ou situées dans un ensemble complexe, les « systèmes » de divers ordres qui ne peuvent s'appréhender par l'étude de leurs parties prises isolément. Déjà en 1956, le même auteur énonçait que les systèmes sont des entités complexes composées qui entrent en interaction. Hall et Fagen (1956), in von

Bertalanffy (1968) plus précis, soutiendront qu'un système est un ensemble d'objets réunis par des relations entre les objets et entre leurs attributs. Enfin, dans les organisations, on parlera de théorie générale de système ouvert, lorsque l'on tient compte de l'environnement externe (Emery et Trist, 1963). Ces auteurs écriront :

« Une accommodation presque constante aux tensions résultant des changements de l'environnement externe. Le composant technologique, non seulement établit les limites dans lesquelles nous pouvons agir, mais aussi par le processus d'accommodation, suscite des besoins qui doivent être pris en compte par l'organisation interne et les fins de l'entreprise ».

Ces théories nous permettent de mettre en relief l'importance du contexte environnemental dans une organisation à partir de plusieurs concepts. Il faut maintenant identifier les concepts caractéristiques de l'environnement organisationnel.

Pour y arriver, il est nécessaire d'effectuer une délimitation des différents concepts à l'étude. En général, les travaux des différents auteurs analysent deux types de volets. Il s'agit des organisations elles-mêmes d'une part (Mintzberg, 1985 ; Daft, 1992 ; Pugh et al., 1968, 1969) et de leur environnement d'autre part (Daft, 1992 ; Dessler, 1980 ; Mintzberg, 1982 ; Pugh et al., 1968). Ces volets peuvent être justifiés par le fait que nous ne pouvons analyser les variables contextuelles d'une organisation en l'ignorant elle-même. Nous mettons l'accent sur l'aspect interne du CH. Ensuite, nous devons nous intéresser à l'environnement externe du CH. Ce qui permet de regarder l'organisation sous l'angle des variables externes pouvant l'influencer. Enfin, nous devons ajouter un troisième volet qui est celui des caractéristiques du gestionnaire. Il trouve son fondement dans le fait que les CH à l'étude sont fortement centralisés. Tout le pouvoir de décision de la gestion de l'organisation appartient au directeur d'hôpital. Et tous les instruments de participation à la prise des décisions sont de type consultatif. Ainsi, il devient important de connaître les caractéristiques du gestionnaire qui peuvent susceptiblement influencer la performance du CH. Les paragraphes suivants devront traiter successivement chacun des volets énoncés. Dans cette perspective, la structure conceptuelle de nos variables sera une adaptation des travaux de Denis et Champagne (1990). Ainsi, les trois volets deviendront respectivement *attributs de l'organisation*, *attributs du contexte organisationnel* et *attributs du gestionnaire*. En outre, nous avons quelque peu

dérogé à la classification traditionnelle du contexte de la plupart des études à cause de la réalité de pays en développement. La raison en est que dans les organisations des pays en développement il n'est pas aisé de transférer sans ajustement les principes d'organisation des pays occidentaux (Thompson, 1965, 1967).

a) Attributs de l'organisation

Au niveau de l'organisation elle-même, la littérature est la plus abondante. Elle identifie la structure organisationnelle à partir de plusieurs dimensions. À cet effet, nous pouvons citer la *spécialisation*, la *standardisation*, la *formalisation*, la *formation*, l'*éducation*, le *regroupement en unités*, *taille des unités*, *mécanismes de liaison*, *décentralisation*, le *système de planification et de contrôle*.

Cependant, avant de passer en revue les caractéristiques structurelles de l'organisation, il convient de faire une précision sur la typologie des configurations organisationnelles. La configuration des organisations peut être classée en cinq catégories différentes (Mintzberg, 1985; Miller et Friesen, 1984; Perryman-Starkey et al., 1999). Nous partons d'une organisation dite à structure simple à une adocratie en passant par les bureaucraties mécaniste, professionnelle et la structure divisionnalisée (Cf. Annexe 4, p. xli). Cette configuration permet de classer les types d'entreprise en fonction de leurs mécanismes de coordination et des parties clés de l'organisation. En terme de configuration, tous les CH appartiennent à une même famille et leur mode de fonctionnement est régi par les mêmes lois et règlements. Nous les qualifierons de bureaucratie professionnelle. Les seuls concepts qui varient à l'interne sont les paramètres de conception. La structure interne sera définie à partir de ces derniers. Cette définition est faite à travers les caractéristiques structurelles de l'organisation. Pour ce faire, nous devons voir la spécialisation, la standardisation et l'autorité hiérarchique.

La spécialisation du travail est le degré de subdivision des tâches organisationnelles en travaux distincts. Il s'agit de la spécialisation des postes de travail. Mais en CI, les CH ont des postes de travail spécialisés par des non spécialistes. C'est le cas des médecins généralistes qui deviennent des spécialistes de faite. Dans ce cas, nous ne disposons pas de données pour pouvoir apprécier les actes posés par les médecins pour les

différentes tâches exécutées. Nous avons résolu le problème en ne retenant à ce poste que ceux bénéficiant que de vrais médecins spécialistes. Mais, cette solution néglige l'importance des autres services. Nous introduisons un autre concept qui est celui de la gamme des produits. Il permet de savoir la structure de l'ensemble des activités émanant de tous les postes de travail existant. De cette façon les produits constituent un proxy de la capacité des tâches spécialisées ou non.

La standardisation est le degré par lequel les mêmes activités sont exécutées d'une manière uniforme. Les CH qui sont de type bureaucratie professionnelle sont caractérisés par une standardisation de la qualification, des procédés, des résultats. Cette standardisation est identique pour tous les CH car provient des mêmes modalités législatives et réglementaires. Elle est également par les mêmes ordres professionnels et les mêmes exigences normatives nationales. Ce concept ne varie quasiment pas en fonction des CH. Cette observation est aussi valable pour la formalisation, la complexité et la centralisation. Pour ce qui est de *La formalisation* des comportements, elle se réfère au nombre de documentation incluant les procédures, descriptions du travail, les régulations, et les manuels politiques en textes de lois. Quant à *la complexité*, elle se définit comme le nombre d'activités ou sous systèmes dans l'organisation. Mesurée en trois dimensions : complexité spatiale, verticale et horizontale (revient à la différenciation car la distribution spatiale se limite à une organisation pour chacun des CH. La ligne verticale est identiques pour tous les CH). Non retenue car elle est identique pour tous les CH.

L'autorité hiérarchique : la taille de chaque unité dépendant de chaque superviseur (proposition de calculer un ratio moyen directeur par médecin et médecin par personnel paramédical, puis le paramédical par le personnel filles et garçons de salle).

b) Attributs du contexte organisationnel

Dans ce second volet, la littérature nous permet de retenir les concepts suivants :

L'ancienneté, la taille, la complexité du système technique, la directivité du système technique, l'automatisation, la complexité de l'environnement, le dynamisme de

l'environnement. (Mintzberg, 1985; Blau et al., 1968; Pugh et al.(1969), Miller et Friesen, 1984). Les travaux de Mintzberg (1985), qui constituent une référence très importante dans la littérature de la structuration organisationnelle, présente la structure organisationnelle en cinq. La décentralisation est analysée aussi de cinq composantes. Nous devons ajouter à cela des éléments constitutifs qui sont soit des éléments structurels soit des éléments contextuels. La configuration peut être une structure simple (supervision directe), une bureaucratie mécanique (standardisation des processus du travail), une bureaucratie professionnelle (standardisation des qualifications), une forme décomposée en divisions (standardisation de la production) et l'adhocratie (ajustement mutuel). Les CH sont de type bureaucratie professionnelle. Les travaux de Mintzberg nous éclairent certes sur la structure organisationnelle, mais elle demeure trop inclusive. En effet, l'organisation des CH en CI est telle que nous sommes dans une bureaucratie professionnelle. À l'intérieur de cette bureaucratie, le dispositif législatif et réglementaire est identique pour tous les CH. La classification pourrait nous donner une assez faible variation entre les différents CH. D'autres études semblent plus pertinentes.

Pour ce qui est de la deuxième catégorie à savoir le volet du milieu de vie des organisations. Il est aussi partiel que la première. Néanmoins nous pouvons identifier que le contexte organisationnel peut être constitué de plusieurs composantes suivantes à partir de la littérature. En général, cette littérature admet que nous pouvons passer les éléments structurels et contextuels en revue. Selon les travaux de Pugh et al. (1968, 1969), les variables sont de trois ordres : les dimensions structurelles (la structuration des activités, la concentration de l'autorité, le contrôle hiérarchique), les variables structurelles (la standardisation, la formalisation, le nombre de subordonnés par supervision, le pourcentage de personnel ne faisant pas partie de la production, le nombre de commis) et les variables contextuelles (la taille, l'intégration de la production, la dépendance, la concentration de la propriété avec le contrôle). Pugh et al. (1968, 1969) ont en outre montré la structure en cinq dimensions : la spécialisation (la division du travail au sein de l'organisation), la standardisation des procédures (l'existence des règles visant à couvrir toutes les circonstances et valables pour tous), la formalisation de la documentation (jusqu'à quel point les règles, les procédures, les instructions et les communications sont écrites), la centralisation de l'autorité (le lieu de la prise de décision), la configuration des postes (la forme de la structure des rôles). Dans la même logique, Dessler (1980), soutient que le

contexte organisationnel comprend l'environnement, la technologie et la taille. Quant à la logique de Daft, (1992), il va plus loin en présentant la typologie structurelle qui sera une version adaptée dans notre étude. Ainsi, nous retiendrons de façon plus explicite, les caractéristiques suivantes :

L'ancienneté renvoie à l'âge de l'organisation.

La centralisation : réfère au niveau hiérarchique de la prise de décision. Il est identique pour tous les CH.

La taille : le nombre d'employés du CH.

La technologie organisationnelle : la nature des sous systèmes de production. Ce sont les mêmes examens qui sont théoriquement faits dans tous les hôpitaux généraux et dans tous les centres hospitaliers régionaux.

L'environnement : tous les éléments en dehors de l'organisation (industries, clients, fournisseurs, communauté financière). Les éléments environnementaux qui influencent l'organisation.

La formalisation : le nombre de documentation incluant les procédures, descriptions du travail, les régulations, et les manuels politiques. Non retenue car elle est identique pour tous les CH.

La spécialisation : le degré de les tâches organisationnelles sont subdivisées en travaux distincts. C'est aussi la division du travail (différenciation horizontale).

La standardisation : degré par lequel les mêmes activités sont exécutées d'une manière uniforme.

Il est identique pour tous les CH car provient des textes de lois et des ordres.

L'autorité hiérarchique : la taille de chaque unité dépendant de chaque superviseur (proposition de calculer un ratio moyen directeur par médecin et médecin par personnel paramédical, puis le paramédical par le personnel filles et garçons de salle).

La complexité : le nombre d'activités ou sous systèmes dans l'organisation. Mesurée en trois dimensions : complexité spatiale, verticale et horizontale (revient à la différenciation. Car la distribution spatiale se limite à une organisation pour chacun des CH. La ligne verticale est identique pour tous les CH).

La centralisation : réfère au niveau hiérarchique de la prise de décision. Il est identique pour tous les CH.

La technologie organisationnelle : selon Woodward (1965), la technologie peut se mesurer par la classification de trois modes de production: en unité, en série, en continue. On y retrouve également une typologie en dix qui est caractérisée par un degré de complexité croissant de la technique de production. Ainsi, nous partons de la production d'unités sur commande aux productions à flux continu de gaz liquides et de formes solides. Nous pouvons les regrouper en trois (Séguin et Chanlat, 1987). Il s'agit d'abord de la production à l'unité et en petite quantité; ensuite de la production de masse et en grande quantité; et enfin de la production continue. Dans le cas spécifique de la CI, ce sont les mêmes examens qui sont théoriquement effectués dans tous hôpitaux généraux et dans tous les centres hospitaliers régionaux. Cette disposition est au conforme au Décret No 98-379 du 30 juin (1998).

L'environnement : tous les éléments en dehors de l'organisation (industries, clients, fournisseurs, communauté financière). Les éléments environnementaux qui influencent l'organisation.

La stratégie et buts de l'organisation : les buts et les techniques compétitives qui différencient l'organisation des autres (Dans les CH le problème n'est le marché mais celui de l'acquisition des ressources rares pour être performant. D'où l'importance des ressources financières et autres).

La culture : les valeurs, croyances, ententes et normes partagées par les employées. Elle sont non écrites mais demeurent observables. Nous ne l'avons pas retenu, il s'agit d'un indicateur subjectif et serait plus approprié pour le modèle psychologique ou politique.

Enfin, avec Mintzberg, (1985), nous sommes dans la configuration de la Bureaucratie professionnelle. Nous allons passer les variables considérées par l'auteur tout en observant une attitude critique par rapport à nos travaux de sorte à compléter l'étude de Daft.

La spécialisation des tâches : il est difficile de parler de spécialisation des tâches dans nos CH. Les besoins en personnel font que des infirmiers et sages femmes sont parfois utilisés comme du personnel médical. Beaucoup de médecins généralistes sont utilisés comme des spécialistes. Le personnel de soutien des services de soins est parfois employé à des tâches de personnel paramédical. Dans un tel contexte, le phénomène du turn-over et du redéploiement régulier affaiblissent le phénomène de spécialisation des tâches.

La formation : les raisons citées précédemment rendent difficile la considération de la formation initiale. Il semblerait que les habitudes de travail contribuent énormément à l'accomplissement des missions assignées. Seule la formation ayant lieu dans le cadre de la PRCAS nous importe. Elle permet de tester l'acquisition d'une connaissance dispensée en vue d'expliquer la santé financière. Le concept d'éducation sera traité pratiquement de la même façon que la formation. Toutefois, il sera mieux de le traiter dans les attributs du gestionnaire. Celui ci assume le leadership. Il devient alors un facteur majeur à considérer dans l'évaluation de la performance des affaires (Kisfalvi et al., 1996). Dans le même ordre d'idées, d'autres tels que Smith et al. (1984) et Norburn (1989) in Lamarche (1996) soutiennent cette thèse. En effet selon ces auteurs in Lamarche (1996) :

« les leaders sont plus importants que jamais (House et al. 1992) et que l'efficacité des organisations dépend de leur personnalité et de leur charisme. À l'interne, le leadership représente un élément important ».

Toutefois, on tiendra compte du type de personnel en terme de quantité disponible. Nous les compléterons par la gamme de services offerts qui est un indicateur de l'expertise disponible. Elle permet alors de considérer les variables de *différenciation horizontale* de l'auteur. Nous avons eu à rejeter certaines variables telles que : *La spécialisation verticale, la formalisation, le système de planification et de contrôle, regroupements en unités*. La raison est que pour nos CH toutes ces variables deviennent des constantes. Elles sont structurées de la même façon pour tous les CH. En plus ces variables sont parfois dépendant de la part de marché. Or, les CH sont indépendants des marchés.

c) Attributs du gestionnaire

Pour ce qui est du troisième volet à savoir les attributs du gestionnaire, la littérature nous indique *l'éducation, le principal détenteur du pouvoir et le fait que le pouvoir suive la mode ou non*.

L'éducation : pour les mêmes raisons évoquées au niveau du concept formation, nous ne considérerons pas le niveau d'éducation spécifique de chaque corporation. Nous sommes intéressés à connaître l'éducation du directeur de l'hôpital dans la mesure où le CH est le reflet des ses connaissances. Au niveau du pouvoir, le détenteur du pouvoir est le gestionnaire pour tous les CH. Le mode à suivre est les principes de gestion administrative élaborés depuis le niveau central pour tous les CH. En d'autres termes, il n'y a pas une différence fondamentale quant aux modes à suivre. Une différence minimale pourrait peut être provenir de l'opérationnalisation et associée à la compréhension du directeur. Le découpage des variables fait que le directeur pourrait disposer d'autres caractéristiques non évoquées par la littérature. En fait, compte tenu de l'importance que nous accordons au gestionnaire, il serait important de considérer son *expérience de gestion et son niveau d'expertise*. Ces deux concepts considèrent le niveau potentiel de la formation d'une part et la somme des connaissances passées d'autre part. Afin de ne pas négliger l'effet du temps sur le gestionnaire, nous devons inclure son âge dans nos considérations complémentaires. Cependant, le sexe est à exclure car la littérature des organisations en général trouve une très faible différence entre l'homme et la femme. Parfois, cette différence ne fait même pas l'unanimité. Ainsi, dans les travaux, de Powell

(1990) effectués sur une comparaison entre les gestionnaires de genres différents, les résultats indiquent des différences minimales qui demeurent discutables. Nous préférons postuler l'absence de la différence dans notre étude. Nous ne pouvons donc pas inclure le sexe comme concept à considérer.

2.3.2.2 Relation entre la santé financière et le contexte d'implantation

Des études ont montré qu'il y a une association entre les variables organisationnelles et la performance. Pour Hopkins et Hopkins (1997), la performance financière peut être mesurée par le taux de rendement des capitaux propres, le bénéfice net, la croissance des dépôts de 1993 à 1994. Il y a une association positive entre l'ensemble des facteurs organisationnels et la performance financière. Pris individuellement, cette relation demeure aussi positive. Il convient de rappeler que cette étude est élaborée avec une organisation à but lucratif que sont les banques commerciales. Ailleurs, selon Dess et al. (1997), la mesure de la performance peut s'effectuer de trois façons : La croissance du chiffre d'affaire, la rentabilité et le rendement des investissements (du capital (ROI)), la performance d'ensemble (sept niveaux, allant de faible à élevé) durant les cinq dernières années. En outre, des recherches antérieures ont montré que les mesures subjectives de la performance peuvent être cohérentes avec les mesures objectives et donc la validité et la fiabilité (Dess et Robinson, 1984; Venkatraman et Ramanujam, 1987). Les auteurs mesurent l'environnement, en partie, par l'incertitude. Pour eux, l'incertitude est mesurée par une combinaison des variables dynamiques et de l'imprévisibilité pour donner une variable composite qui est l'index de l'incertitude environnementale. L'hétérogénéité (clients, compétitions, exigence technologique échelle à sept niveaux) aussi fait partie de leur mesure du contexte. Ces auteurs en arrivent aux conclusions selon lesquelles l'incertitude est associée positivement avec la performance. L'hétérogénéité est corrélée positivement avec l'ensemble de la performance et le ROI. Mais, négativement avec la croissance du chiffre d'affaires. Ces deux dernières corrélations sont plus faibles que 0,10. Le contexte entrepreneurial stratégique explique 5% à 40% des variations dans les modèles de régression. Ces conclusions sont surtout valables pour une configuration entrepreneuriale. Mais les CH sont dans un contexte de bureaucratie professionnelle. Enfin, selon les travaux de Hamilton et Shergill (1992) la performance peut être mesurée par le rendement de l'actif (ROA), le rendement des fonds propres (ROE), la croissance de l'actif

net, la croissance du bénéfice net par action, la croissance des dividendes, la croissance du chiffre d'affaires. Selon les auteurs, la structure explique 39% (croissance) à 49% (rentabilité) de la variable de la performance financière. La taille est associée négativement à la croissance. Le levier (la rentabilité) est associé positivement à la taille. Ailleurs, Perryman-Starkey, Asubonteng et Munchus (1999) estiment que l'habileté d'une organisation à accomplir ses missions avec succès serait le résultat de l'organisation structurelle. Enfin, sur le plan structurel, l'efficacité dépend fortement de la capacité des gestionnaires d'établir des relations convenables avec les organismes externes qui exercent une influence sur les politiques et les ressources et d'améliorer pour les utiliser efficacement, les qualifications, l'énergie et la détermination des membres de l'organisation (Nation Unies, 1978).

2.3.2.3 Mesure du contexte en CI

Tout d'abord, nous allons clarifier certaines choses. Selon la littérature, l'approche conceptuelle de la mesure de l'environnement peut être soit de la réalité perceptuelle, soit celle objective. Les tenants de la vision subjective sont entre autres, Gioia et Ford (à paraître) Smirlich et Stubbart (1985). Plus loin, des auteurs ont prouvé qu'il n'y pas de corrélation entre les indicateurs subjectifs et objectifs (Tosi, Aldag et Story 1973). Enfin d'autres comme Aldrich (1979) montrent dans sa typologie des mesures des dimensions environnementales que nous ne pouvons nous contenter que des indicateurs objectifs et effectuer des prévisions d'impact sur les firmes. Plus tard d'autres chercheurs confirmeront ses travaux : Dess et Beard (1984), Keats et Hitts (1988), Finch (1989). Notre typologie de mesure de l'environnement sera celle des indicateurs objectifs.

Il y a aussi un grand nombre de publications qui structurent l'environnement et la structure organisationnelle de différentes façons. Pour ce faire, nous sommes d'accord avec Pugh et al (1968) pour soutenir que la typologie des variables organisationnelles relève d'une taxonomie. Cela signifie que cette classification est fondée sur des données qui sont mesurables et établies empiriquement. Une taxonomie est donc une classification multidimensionnelle. C'est dans cette perspective que les chercheurs tels que Stinchcombe (1959), Blau et Scott (1962), Hall, Hass et Johnson (1967) et Etzioni (1961) ont présenté différentes classifications des aspects contextuels et structurels des variations. Partant de ce

constat, la typologie qui semble mieux se prêter à notre recherche se présente comme suit : nous ferons une présentation par attribut. La structure des variables inspirées des travaux de Denis et Champagne (1990) se justifie pour plusieurs raisons. En effet, nous ne saurions étudier les variables organisationnelles sans considérer l'organisation elle-même. Ensuite, la littérature a démontré qu'il est important de tenir compte de son milieu de vie. Au niveau du gestionnaire, le caractère centralisé du pouvoir de décision est tel que le gestionnaire en est le vrai détenteur exclusif. Toutes les autres sources à l'intérieur du CH ne sont que consultatives.

a) Les attributs du gestionnaire

L'expérience, l'âge, l'expertise, l'éducation.

b) Les attributs de l'organisation

La différenciation horizontale, la spécialisation, la taille, les ressources financières, la capacité, le score de conformité des services techniques, le niveau d'éducation du personnel (professionnalisation), l'indice de localisation des activités de service, l'indice de localisation des capacités du CH, les comités technique de gestion, les assurés, les ratios de lit par médecin, paramédical et de ressources financières par lit.

c) Les attributs du contexte organisationnel

Le nombre de localités administratives, villes, population, population rurale, infrastructures économiques, routes (ou infrastructure de développement), les soins préventifs, les soins curatifs, le profil épidémiologique, les ratios régionaux de population par hôpital, par lit, par bloc opératoire, par unité de radiologie, par laboratoire, par médecin, par infirmier et par sage-femme.

Le chapitre état des connaissances nous a permis de comprendre la PRCAS et/ou l'IB en tant que politique de recouvrement. Il a également permis de mieux regarder et comprendre aussi les analyses scientifiques et autres exemples pertinent du domaine. Ainsi, en tenant compte de la spécificité de nos travaux, il convient d'aborder maintenant le volet méthodologique qui a supporté l'ensemble de notre recherche.

CHAPITRE 3 - MÉTHODE

3.1 STRATÉGIE ET DEVIS DE RECHERCHE

3.1.1 STRATÉGIE DE RECHERCHE

Les stratégies de recherche tout comme les devis seront fonction des objectifs de l'étude. Il y a deux stratégies de recherche.

La première est celle de la recherche descriptive. Elle concerne le premier objectif. Nous voulons avoir un portrait de la PRCAS tant au niveau hospitalier qu'à l'échelon du pays.

La deuxième est une recherche synthétique. Elle concerne les autres objectifs. Il s'agit d'examiner l'ensemble des relations qui font intervenir simultanément plusieurs variables (d'effets et d'interaction) indépendantes dans un modèle de relations interdépendantes (Contandriopoulos et al., 1990). Nous cherchons à expliquer les relations entre les trois groupes de variables que sont la PRCAS, la santé financière et le contexte structurel.

3.1.2 DEVIS DE RECHERCHE

Pour décrire l'objectif 1, qui est la mise en oeuvre de la PRCAS, il s'agit ici de décrire simplement la PRCAS de manière à établir des caractéristiques à partir des différentes dimensions de la politique. Dans la perspective de Poupart (1997), il s'agit de décrire une situation circonscrite qui est la PRCAS en CI et en milieu hospitalier. En effet, il s'agit ici de faire un bilan descriptif de la PRCAS en CI. Cette description se fait en milieu réel, ouvert (Fortin, 1996). Le type d'étude de cas variera en fonction des sous-objectifs. Ainsi, le sous-objectif 3 où nous faisons le bilan de la mise en oeuvre dans chaque hôpital au mois de décembre 1998 est une description de cas multiples avec les CH à l'étude. Alors que les autres concernent le cas unique de la CI dans son ensemble.

Pour les objectifs 2, 3 et 4 – à savoir l'influence du contexte sur la PRCAS, l'influence de la PRCAS sur la santé financière et l'influence de la PRCAS sur la santé financière dépendamment du contexte – le devis de recherche est celui d'une recherche synthétique comparative. Le travail est effectué à partir de plusieurs CH. Ce devis nous

permettra de pouvoir analyser d'une part l'influence du contexte sur l'implantation de la PRCAS, et d'autre part l'impact de la PRCAS sur la santé financière des hôpitaux d'abord, sans le contexte et ensuite, avec le contexte. Ainsi, le modèle de recherche présente les relations entre les différents concepts à savoir ceux de la PRCAS, des variables contextuelles et celui de la santé financière. Cela nous permettra de pouvoir examiner de façon systématique la relation qui existe entre deux variables ou plus de manière à pouvoir fournir des explications de l'impact de la PRCAS sur la santé financière des hôpitaux en tenant compte du contexte. Dans la même perspective, il sera possible d'analyser l'influence de la variation contextuelle sur le processus de production des effets de la PRCAS.

3.1.3 VALIDITÉ INTERNE

Pour ce qui est de l'étude de cas descriptif, il s'agit de montrer la capacité de notre devis à aller chercher les informations les plus fiables et les plus valides possible. Dans la perspective de Guba et Lincoln (1989), les données étaient immédiatement analysées par tous les membres de l'équipe après réception. Cela permis d'effectuer des commentaires, de l'élaboration plus conforme aux enjeux de l'étude, des corrections, de la révision et du bilan par rapport à nos objectifs initiaux. En outre, la validité est également perçue à travers les sources multiples des détenteurs d'enjeux du réseau hospitalier. Ainsi, nous nous sommes assuré de la concordance entre les différentes sources d'informations d'une part et la confirmation de ces informations par des personnes ressources d'autre part (experts, professionnel du domaine). Pour la concordance de l'étude de cas au niveau national, nous avons confronté les documents des différentes directions régionales à la synthèse globale nationale. Ensuite, il y a eu aussi une autre confrontation entre les documents de la Direction des Établissements et Professions de Santé (DEPS), de la Direction de l'Équipement du Matériel et de la Maintenance (DEMM), de la Direction du Contrôle, de l'Évaluation et d'Information Sanitaire (DCEIS) ou d'autres administrations et ceux de la Commission Nationale de la PRCAS (CNPRCAS). Toutes les informations précédentes recueillies ont été comparées avec celles obtenues après avoir rencontré les directeurs et autres personnes ressources comme des experts en la matière. En plus, nous nous sommes servi d'observations empiriques, de documents ou archives institutionnels, de données d'études antérieures, d'interviews et questionnaires. Nous avons utilisé les données des évaluations administratives antérieures, des données d'enquêtes de

certaines institutions internationales telles que la Banque Mondiale ou les projets de développements bilatéraux. Nous les avons confrontées aussi à nos données d'enquête. Nous pouvons affirmer que la présence des biais qui compromettent l'exactitude des conclusions est minimisée par une telle multiplication des sources d'informations.

La validité de l'étude comparative reposera d'une part sur la qualité, la complexité et l'exhaustivité de l'articulation théorique; et d'autre part sur l'adéquation entre le mode d'analyse choisi et le modèle théorique à mettre à l'épreuve (Contandriopoulos et al., 1990). L'articulation théorique, s'est fondée sur la conformité entre les relations théoriques et les connaissances actuelles de cet ensemble de relations qui permet de poser un jugement relativement solide sur la valeur explicative du modèle de recherche. Nous pouvons résumer tout cela en trois points :

- 1) Le modèle a été élaboré à partir des connaissances actuelles (qualité du modèle) : on peut citer entre autres les travaux de McPacker et al. (1992) et de Gilson et al. (1994).
- 2) Le modèle englobe les hypothèses ou sources rivales d'explication (modèle complexe et exhaustif). Le modèle théorique utilisé a été inspiré de modèles ayant fait leur preuve dans certains pays. Il permettrait alors d'anticiper de façon plus ou moins exhaustive les sources de variation conceptuellement probables à l'intérieur de l'étude.
- 3) La stratégie d'analyse, permet d'estimer de façon simultanée l'effet des variables indépendantes et des variables d'interaction. Ainsi, nous tenons compte de toutes les variables de la PRCAS, de la santé financière et du contexte.

Pour ce qui est de l'adéquation, nous avons choisi les modèles de régression linéaire multiple. Cette méthode permet de décrire la liaison entre une variable dépendante et un ensemble de variables explicatives (Baillargeon, 1989; Falissard, 1996). Elle est appropriée pour expliquer une variable par une ou un ensemble de variables. Ce qui permet d'expliquer la santé financière à partir de la PRCAS et/ou les variables du contexte. De la même façon, nous pouvons expliquer la PRCAS à partir des variables du contexte. Nous nous sommes intéressés également aux variations concomitantes entre un ensemble de variables indépendantes

(variables d'effets et variables d'interaction) et une variable dépendante (santé financière) qui se prêtent bien aux méthodes de régression.

3.1.4 VALIDITÉ EXTERNE

Pour l'étude de cas descriptive, il convient de rappeler que l'étude a porté sur 48 des 65 CH, soit 73,45% de la population cible. Dans chacune des 10 régions de la CI, nous avons retenu au moins la moitié des hôpitaux à l'étude.

Pour l'analyse comparative, nous verrons successivement dans cette partie comment on s'est appuyé sur les principes de similitude et d'explication selon la perspective des travaux de Contandriopoulos et al. (1990).

Le principe de similitude consiste à généraliser les résultats à un univers empirique similaire. C'est à dire que les conclusions d'une telle recherche pourront servir à expliquer un grand nombre de situations analogues. Nous avons tenu compte des différentes situations possibles quant aux réalités contextuelles en Côte d'Ivoire. En plus, cette réalité est semblable à celle prévalant dans la plupart des pays de l'Afrique sub-saharienne. Nous pourrions trouver également de grandes similarités avec la plupart des pays du tiers monde. Cela accroît notre validité externe.

Le principe d'explication stipule que la capacité à généraliser sera accrue si nous comprenons bien les mécanismes de production des effets y compris ceux de l'impact des variables contextuelles. Notre étude nous permettra de comprendre comment et pourquoi les effets de la PRCAS varient d'un contexte à un autre tout en tenant compte de l'interaction contextuelle. Nous sommes capables de mieux définir les différents concepts de sorte à effectuer une meilleure prédiction de ce qui peut se passer d'un CH à l'autre. Par ailleurs, la prise en compte de l'effet d'interaction, permet d'améliorer les prédictions de santé financière des CH dans la mesure où les contextes méthodologiques, législatifs et réglementaires et de processus sont quasi identiques dans toute la Côte d'Ivoire. L'interaction aiderait davantage à comprendre la grande variabilité de l'effet de la santé financière d'une PRCAS quasi stable dans les différentes régions aux caractéristiques contextuelles fort variées.

3.2 POPULATION À L'ÉTUDE

Pour l'objectif 1, l'Unité d'Analyse est le pays et les CH. La population cible est les CH (pour le troisième point de l'objectif 1) et le pays (pour les deux premiers points de l'objectif 1).

Pour ce qui est des objectifs 2, 3 et 4, la population cible sera constituée des CH. En fait, il s'agit de centres hospitaliers publics à l'exception non Établissements Publics Nationaux (EPN, au nombre de 65). Leur caractéristique principale est qu'ils n'ont pas de personnalité juridique propre et donc pas de personnalité morale. Ils sont alors fortement liés à l'administration centrale et ne disposent pas de patrimoine propre en son nom. Ils sont donc des détenteurs temporaires de ce patrimoine. Selon la typologie des entreprises publiques dans la perspective des Nations Unies (1978), ces CH sont qualifiés d'entreprises du secteur public relevant d'un Ministère. Les Unités d'Analyses sont les CH. Les Unités d'Observation sont le pays, les hôpitaux, la localité administrative desservie par le CH, et le directeur d'hôpital. Les sources d'observations sont les rapports d'activités, la documentation des Directions Régionales, des directions centrales du Ministère de la Santé Publique et autres institutions gouvernementales, du Recensement Général de la Population (RGPH) et de l'Habitat et les factures des patients.

Pour le sous objectif 1, les unités d'analyse sont les CH et le pays dans son ensemble. Nous considérons donc les 65 CH et la CI dans son ensemble.

Pour les autres objectifs, la taille de l'échantillon est de 49 CH auprès desquels nous avons recueilli de l'information. Nous n'avons pas pris les 65 CH pour des raisons opérationnelles et logistiques. En effet, nous avons pas suffisamment de ressources matérielles (une voiture tout terrain), financière (plus coûteuse), temporelles (plus long), mentales (insécurité et instabilité politique et sociale). Il s'agit d'un échantillon non aléatoire et raisonné. Il a été constitué à partir des critères de ressources disponibles, de répartition géographique et de plateaux techniques. Ce dernier se définissant comme la capacité technique biomédicale des services. Quatre CH ont été éliminés à cause de l'état de la route quasi impraticable pour notre véhicule (Toulepleu, Mankono, Buyo et Tengrela). Il y a 11 CH qui avaient des plateaux techniques similaires par rapport à d'autres

de la même région mais dont l'accès était moins direct ou plus complexe (Adiaké, Bocanda, Bongouanou, Bouna, Dabou, Djekanou, Grand-Lahou, Lakota, Oumé, Taabo, Tabou). Nous les avons remplacés par d'autres CH de plateaux techniques semblables. Le CH de Bingerville est un CH spécialisé en psychiatrie qui ne ressemble pas aux autres CH et n'a donc pas été considéré pour cette étude. Nous voyons que ces 16 CH constituent le complément aux 49 sélectionnés. Cet échantillon se présente comme suit :

TABLEAU IV - Répartition de la population et de l'échantillon

RÉGIONS	NIVEAU DE CONFORMITÉ TECHNIQUE						TOTAUX	
	Très conforme		Moyennement conforme		Faiblement conforme		N	n
	N	n	N	n	N	n		
Sud	05	05	09	06	05	02	19	13
Est	00	00	02	02	00	00	02	02
Nord-Est	00	00	03	02	00	00	03	02
Centre-Nord	02	02	03	03	00	00	05	05
Centre-Ouest	01	01	04	04	03	02	08	07
Nord	01	01	03	02	00	00	04	03
Ouest	01	01	04	04	02	01	07	06
Nord-Ouest	01	01	03	02	00	00	04	03
Sud-Ouest	02	02	02	01	01	00	05	03
Centre	04	04	03	00	01	01	08	05
Totaux	17	18	36	24	12	06	65	49

Le critère de plateau technique provient de la classification du plateau technique théorique des CH en Côte d'Ivoire et confinée dans le décret No 96-876 du 25 octobre 1996. Nous avons donné la priorité aux plateaux technique les plus conformes. Nous avons donc retenu tous ceux qui respectent les conditions normales hospitalières, les plus favorables à des mécanismes de la PRCAS. Nous les avons compléter par plus de 50% de chacun des deux autres catégories. L'investissement en plateau technique peut être considéré comme le principe d'assurer l'accessibilité à la population dans les conditions techniques requises. Il est donc important que nous mettions l'accent sur le plateau technique comme critère d'appréciation des CH.

Pour ce qui est de l'exhaustivité des informations recueillies, deux CH ont eu des données manquantes au niveau de toutes les variables. Au CH de Séguela, toute l'équipe de gestion était en prison lors de notre passage. À Agboville, l'inexistence de données portant sur l'exercice 1998 ont rendu la collecte impossible.

3.3 DÉFINITION DES VARIABLES À L'ÉTUDE

3.3.1 VARIABLES DE LA SANTÉ FINANCIÈRE

3.3.1.1 Mesures habituelles

La littérature traitant de l'analyse financière est abondante à ce sujet. Ainsi, pour certains auteurs comme Guerra et al. (1995) et Higgins, (2001), la santé financière peut s'apprécier au moyen de cinq grands groupes de ratios : les ratios de structures ou de stabilité, de solvabilité ou d'équilibre, de liquidité, de gestion et de rentabilité. La plus importante source d'information pour évaluer la santé financière d'une compagnie est ses états financiers qui sont constitués principalement par le bilan, le compte de résultat et les flux de trésorerie. Ces ratios permettent certes de se faire une idée sur la santé financière de l'entreprise, mais cela n'est possible que dans les conditions idéales et de disponibilités d'informations complètes. Nous pouvons dire que l'évaluation de la santé financière d'une firme peut se résumer à deux éléments. La santé financière est donc un bon compromis entre la rentabilité et la liquidité. Nous trouverons en Annexe 3 (p. xxxiii) un ensemble d'indicateurs possibles pour mesurer la santé financière.

3.3.1.2 Les mesures utilisées

Il a été proposé au chapitre 2 de mesurer la santé financière à partir de sept indicateurs de performance financière.

a) Les variables de rentabilité financière

- La rentabilité globale ou la rentabilité des capitaux propres (ROE) en 1998
- La rentabilité de la subvention d'exploitation (ROOS) en 1998

b) Les variables de liquidité

- Le chiffre d'affaire par lit (CAPL) en 1998
- Le coefficient de mobilisation de la ressource additionnelle (CMRA) en 1998
- La variation du chiffre d'affaire par lit (VARCAPL) de 1995 à 1998
- La variation du coefficient de mobilisation de la ressource additionnelle (VARCMRA) de 1995 à 1998
- Le taux de croissance des ressources propres du CH (TCRP) de 1995 à 1998

Le tableau suivant indique l'opérationnalisation des dimensions de la santé financière.

TABLEAU V - Mesures de la santé financière

Variables	Indicateurs	Échelles de mesure	Instrument de mesure
Rentabilité des capitaux propres (ROE)	Résultat/ressources propres	Continue	Questionnaire d'entrevue avec le directeur du CH
Rentabilité de la subvention (ROOS)	Résultat/subventions	Continue	Questionnaire d'entrevue avec le directeur du CH
La variation du chiffre d'affaires par lit (VARCAPL)	(RP98/lits98)- (RP95/lits95)	Continue	Questionnaire d'entrevue avec le directeur du CH
Le chiffre d'affaires par lit ou l'aisance financière en Ressources Propres (CAPL)	RP98/lits98	Continue	Questionnaire d'entrevue avec le directeur du CH
Le coefficient de mobilisation des ressources additionnelles (CMRA)	RP98/subventions98	Continue	Questionnaire d'entrevue avec le directeur du CH
Le taux de croissance des ressources propres du CH (TCRP)	(RP98-RP95)/RP95	Continue	Questionnaire d'entrevue avec le directeur du CH
La variation du coefficient de mobilisation des ressources additionnelles (VARCMRA)	(RP98/subventions98)- (RP95/subventions95)	Continue	Questionnaire d'entrevue avec le directeur du CH

En terme d'interprétation du tableau ci-dessus nous pourrions dire :

Le taux de rendement des capitaux propres (ROE) indique la rentabilité générée avec un franc de capitaux propres investit dans l'entreprise. En général, il mesurera donc, l'efficacité avec laquelle l'entreprise utilise les capitaux confiés par ses actionnaires. En principe, comme les capitaux propres sont de court terme, il aurait été également approprié de parler d'une marge d'exploitation. Ce taux met en évidence la profitabilité de la seule exploitation. Il indique la capacité du CH à équilibrer le compte de résultat.

Le taux de rendement des subventions d'exploitations (ROOS) s'interprète de la même façon que le ROE. Nous mettons en rapport la contribution de l'État et le résultat. Le ROE et le ROOS doivent être positifs ou nuls. Sinon une valeur négative est indicateur de mauvaise rentabilité.

Au niveau de la liquidité, le chiffre d'affaire par lit (CAPL) permet de connaître les chiffres d'affaires tout en contrôlant la taille. Cette variable permet de savoir s'il y a eu de la liquidité pour compléter les apports de l'État. La valeur positive est donc souhaitée. Le coefficient de mobilisation des ressources additionnelles (CMRA), permet de connaître le niveau des ressources propres. Il peut être aussi un proxy de l'indépendance financière (capitaux propres/passif ou capitaux propres/exigibles). Nous comparons les ressources régulières de l'hôpital. Celles issues de l'intérieure sont comparées à celles issues de l'extérieur. La norme veut que le CMRA soit supérieur à 0,50 pour être qualifié de bon (Guerra et al., 1995). Pour les autres mesures de la liquidité qui sont la variation du chiffre d'affaires par lit (VARCAPL), la variation du coefficient de mobilisation des ressources additionnelles (VARCMRA) et le taux de croissance des ressources propres (TCRP), une valeur négative est un signe de baisse de liquidité et donc à éviter. L'idéal serait que ces derniers indicateurs voient leurs valeurs s'accroître ou se maintenir au pire des cas.

Ces indicateurs ont l'avantage de tenir compte de la typologie des informations comptables des CH.

3.3.1.3 Les raisons du choix de nos mesures de la santé financière

Les choix sont associés au caractère particulier de la comptabilité publique. L'insuffisance des informations, au niveau de la rentabilité globale, a nécessité une modification quant à la mesure de la santé financière sous plusieurs angles. Ainsi, outre la rentabilité globale, nous nous sommes intéressés à d'autres mesures de performance et à leur variation à savoir le chiffre d'affaires par lit et sa variation, la rentabilité de la subvention, le taux de variation des ressources propres et le coefficient de mobilisation des ressources additionnelles, tout comme sa variation. La santé financière est donc appréciée au moyen de sept variables. Chacune constitue un indicateur de la performance financière. En d'autres termes, la santé financière qui est mesurée par un ensemble d'indicateurs de performance financière peut être regroupée en deux : les variables de rentabilité financière et les variables de liquidité.

Il est à rappeler aussi que le résultat net s'assimile ici au bénéfice net. En effet, les CH ne sont pas assujettis ni aux impôts ni aux charges exceptionnelles ou aux dotations aux provisions et aux amortissements. Le bénéfice s'assimile plus au résultat brut d'exploitation. Ensuite, le passif est constitué de capitaux propres uniquement dans la mesure où ces CH ne bénéficient pas d'emprunts sur le marché financier à proprement parlé. Les ressources propres sont constituées des revenus issus de la PRCAS. Les subventions constituent la contribution de l'État dans le budget des CH. Les subventions sont difficiles à considérer comme des subventions aux capitaux car elles sont à court terme. En plus elles sont exigibles aussi à court terme. Mais elles demeurent non remboursables. Il n'y a pas de flux financiers ou d'écritures à moyen ou long terme. Nous sommes dans le domaine que du court terme. Ce qui fait que le ROE pourrait être appelé Marge d'Exploitation. En fait la Marge d'exploitation = $\text{Résultat d'exploitation} / \text{Chiffre d'affaires net}$. Les ressources propres sont aussi assimilables au chiffre d'affaires. Cet indicateur est intéressant, car il met en évidence la rentabilité de l'entreprise. Si celle-ci est négative, cela signifie que l'activité normale et courante de l'entreprise est incapable à elle seule d'équilibrer le compte de résultat. Au-delà du caractère très spécifique de nos états financiers, nous pouvons à ce titre définir les variables de la santé financière comme dans le Tableau VI, p. 101.

3.3.2 VARIABLES DE LA PRCAS

3.3.2.1 Mesures habituelles de la PRCAS

Les études s'intéressent rarement aux variables d'implantation. En général, ces études regardent plutôt le contexte sans exposer de façon exhaustive les variables relevant que de la PRCAS. Nous pouvons dire qu'à ce niveau, il y a une certaine faiblesse.

3.3.2.2 Les mesures utilisées dans notre étude

Il s'agit de sept dimensions qui permettent d'apprécier l'implantation de la PRCAS.

TABLEAU VI - PRCAS et ses différentes dimensions

Concepts	Variables	Indicateurs	Échelles de mesure	Instrument de mesure
Formation	Le degré d'implantation de la formation	Le nombre de personnes ayant reçu au moins une formation dans le cadre la PRCAS sur le nombre total de personnes supposées recevoir la formation	Ordinale à 4 niveaux 0, 1/3, 2/3, 3/3	Questionnaire d'entrevue avec le directeur du CH
Investissement	Le degré d'investissement en ressources propres	La part des ressources propres (RP) consacrées aux investissements : Investissement/RP	Continue variant de 0 à 1	Questionnaire d'entrevue avec le directeur du CH
Intéressement du personnel	La conformité de l'intéressement du personnel	La part de RP effectivement distribuée au personnel pour son intéressement par rapport à l'ensemble des ressources propres	Continue allant de 0 à 1	Questionnaire d'entrevue avec le directeur du CH
Décentralisation	La couverture en terme de participation du personnel et de la population à la gestion du CH	Le niveau moyen de participation des membres du COGES aux réunions du COGES : nombre de membres présents/nombre total des membres prévu.	Continue allant de 0 à 1 (fonction du taux de présence)	Questionnaire d'entrevue avec le directeur du CH
	L'intensité de la participation du personnel et de la population à la gestion du CH	Le rapport entre le nombre total de rencontres annuelles des réunions du COGES et le nombre théorique minimal de 3 réunions par an.	Nominale à 3 niveaux : 0,33 (1 rencontre); 0,67 (2 rencontres) et 1 (plus de 2 rencontres)	Questionnaire d'entrevue avec le directeur du CH
Politique du médicament	Le degré d'implantation du budget médicament	Le rapport entre la budget médicament et l'ensemble des sommes effectivement recouvrées.	Continue	Questionnaire d'entrevue avec le directeur du CH
Tarification	Degré de conformité avec la tarification réglementaire	La comparaison des prix facturés aux patients avec les tarifs réglementaires.	Dichotomique: 0 non conforme 1 conforme	Factures des patients ayant bénéficié des prestations au cours de l'année 1998.
Implantation PRCAS	Le degré d'implantation de la PRCAS (DPRCAS)	Le score moyen de tous les scores des variables d'implantation	Continue	Questionnaire d'entrevue avec le directeur du CH

La formation du personnel se mesure par la formation nécessaire pour implanter la PRCAS. En principe, à l'hôpital, seulement trois personnes sont concernées par cette mesure. Il s'agit du directeur, du régisseur de recettes et de celui d'avances. Chacune de ces personnes devrait avoir reçu au moins une formation. Quant à l'entrevue avec les experts, elle permettra de la mesurer ou d'en avoir une idée en effectuant un regroupement des avis en trois parties. La formation est alors analysée selon trois angles qui sont la couverture, l'intensité et l'appréciation globale. La couverture s'intéresse aux différents acteurs qui sont concernés par la formation. L'intensité considère le nombre de formations bénéficié. Et l'appréciation globale permet de porter un jugement d'ensemble.

Dans la logique de notre étude, plus le score des variables tend vers la valeur 1 mieux la PRCAS est implantée. Toutefois, l'exception doit être faite pour l'intéressement du personnel. Il serait préjudiciable que toutes les ressources soient affectées à des mesures incitatives du personnel. La norme administrative est de 15% des ressources effectivement recouvrées. Mais nous voulons savoir si le fait de consacrer une proportion plus grande des ressources à l'intéressement du personnel est un facteur de santé financière. C'est ainsi que nous avons négligé la norme de 15%. Cependant, nous avons pu faire en ajustement pour toutes les variables en optant pour une normalisation en vue de pouvoir obtenir le score global d'implantation à partir du score moyen. Ainsi, les scores des différences variables de la PRCAS étaient tous distribués normalement avec une moyenne de 0 et un écart type de 1.

Pour mesurer le degré de conformité de la tarification, nous avons analysé 15 factures de patients par CH. Il en a été de même pour 15 factures des ordonnances médicales de la pharmacie à titre de vérification du second système de tarification du CH.

3.3.2.3 Les raisons de notre choix de variables

Un regard critique permet de mieux comprendre la logique opérationnelle des variables définies.

Initialement, la variable *degré d'implantation de la formation* devait être mesurée par trois indicateurs qui sont : Le pourcentage moyen de participation à la

formation d'octobre 1994 à octobre 1999, la couverture de la formation à cette période, l'intensité de la formation durant la même période. Nous voulions tenir compte du nombre de personnel théoriquement visé. Il s'agit des personnes présentes en réunion du COGES et/ou des régisseurs. Cependant, nous nous sommes limités à un seul indicateur qui est *le nombre de personnes ayant bénéficié d'au moins une formation en PRCAS*. La justification de cette position tient au fait que les formations nationales se sont arrêtées depuis le mois de juin 1996. Après ce fut des formations relevant soit des directions régionales ou départementales, soit d'une direction centrale ou d'autres institutions. Toutefois, personne ne semble se souvenir de toutes les formations de façon exhaustive. Les procès verbaux des formations semblent être introuvables en général dans les CH.

Au niveau de la variable *degré d'investissement en ressources propres*, nous n'avons tenu compte que des investissements sur les fonds propres. Les investissements des autres sources de données n'ont pas pu être collectés. C'est le cas des investissements issus des fonds FIAU qui concernent la politique sanitaire urbaine. Les mécanismes bureaucratique de son obtention fut un obstacle infranchissable. Les investissements sous le contrôle du Ministère de la santé ne sont pas compilés dans des fichiers disponibles. Ces fichiers sont en général partiels. Dans les CH, les gestionnaires ne sont pas tous capables de faire ressortir tous les investissements dont a bénéficié l'hôpital. Ils s'en remettaient à d'interminables recherches à effectuer. Devant tant de difficultés, nous avons choisi la part d'investissements effectués sur ressources propres. Ces données ont les mêmes degrés de fiabilité pour tous les CH, quand bien même les gestionnaires utiliseraient parfois certaines rubriques pour exécuter d'autres lignes budgétaires plus utiles.

⇒ **Pour les mêmes raisons que celles précédemment énoncées, la conformité de l'intéressement du personnel se limitera à l'exercice 1998. En outre, nous avons utilisé une méthode de calcul de cette variable qui vise à vérifier si les CH qui consacrent une plus grande part des ressources propres à l'intéressement ont une meilleure implantation de la PRCAS ou sont plus en santé financière. Ainsi, un CH peut consacrer, par exemple, la moitié de ses ressources propres à l'intéressement du personnel et être bien apprécié. Ce qui**

ne serait pas le cas sur le plan des normes de la gestion administrative où cette part ne doit excéder les 15% des ressources effectivement recouvrées à partir des prestations de service. Initialement, la variable devait utiliser les indicateurs suivants : le montant de la prime distribuée sur la masse salariale, le montant de l'intéressement de 1994 à 1999 sur le l'effectif moyen de 1994 à 1999, mais les méthodes de calcul de la masse salariale semblent être très diversifiées dans la comptabilité des ch. il y a un problème d'exhaustivité d'informations sur la période 1994 à 1995.

Pour les variables que sont *la couverture et l'intensité de la participation du personnel et de la population à la gestion*, nous retiendrons *le nombre de participants aux réunions et le nombre de ces réunions pour l'exercice 1998*. Car au-delà d'une seule année, l'information tend à être plus difficile à obtenir de façon valide. Il faut souligner que les CH fonctionnent comme des institutions aux gestions discontinues. Le directeur ne maîtrise que les informations produites pendant la période d'exercice de ses fonctions.

Pour rendre opérationnelle la variable *degré d'implantation de la Politique du médicament*, nous n'avons pas pu utiliser *le nombre de jours moyen de ruptures de stocks* uniquement comme indicateur. En effet, les ordonnances factures ne reflètent aucune information suffisante par rapport aux besoins en produits pharmaceutiques des populations. Les médecins prescrivent en fonction des disponibilités en stock des médicaments. Donc le taux de satisfaction de la prescription médicale sera artificiellement très élevé, dans la mesure où les autres prescriptions échappent à notre ordonnance facture qui est un outil interne aux établissements de santé. Le nombre de médicaments disponibles et les nombres prévus reflèteraient alors une réalité plus comptable dont les variations sont quasi identiques pour tous les CH. La raison en est que l'approvisionnement des CH et leurs commandes des produits se font par un seul établissement qui est celui de la Pharmacie de la Santé Publique (PSP). En effet, à l'intérieur d'un pays comme la CI, le cycle de fonctionnement de la politique des médicaments se présente en cinq étapes principales (Frère des Hommes, 1989). Ces étapes sont : les contrôles administratifs et législatifs, le cycle logistique du médicament, l'approvisionnement national en médicaments, les circuits de distribution, la prescription et la consommation

pharmaceutique. Les trois premières étapes sont identiques pour tous les CH. Seulement les deux dernières pourraient être vraiment le lieu de la variabilité importante entre les différents CH. Or nous avons déjà énoncé les problèmes associés à la considération du niveau de prescription. Il nous reste que la consommation finale à travers le recouvrement du coût.

Par ailleurs, le nombre de jours de ruptures de stock pourraient être considéré dans le cadre de la consommation pharmaceutique. Mais, les erreurs d'application de la méthode de l'inventaire permanent et la non exhaustivité des fiches de stocks démontrent de la non fiabilité des informations recueillies pour les nombres de jours de rupture de stocks. Nous nous sommes donc contentés de voir la force d'implantation de la politique du médicament en terme de valeur monétaire. La politique du médicament est aussi une politique de recouvrement. Dans la structure des fonds recouverts, il paraît alors intéressant de voir la part qui lui est allouée. En effet, les ordonnances factures ne reflètent aucune information suffisante par rapport aux besoins en produits pharmaceutique des populations. Les médecins prescrivent en ayant d'avance connaissance des disponibilités en stock des produits pharmaceutiques. Donc le taux de satisfaction de la prescription médicale sera très élevé. Le nombre de médicaments disponibles et les nombres prévus reflèteraient aussi qu'une réalité plus comptable dont les variations sont quasi identiques pour tous les CH puisque l'approvisionnement des CH et leurs commandes des produits se font par un seul établissement qui est celui de la Pharmacie de la Santé Publique (PSP).

La variable *degré de conformité avec la tarification réglementaire* paraîtrait peu pertinente à la vue de sa valeur constante pour tous les CH. Mais, il nous été impossible d'élaborer des stratégies de collecte qui permettent de mesurer le *pourcentage de tarification effective* comme prévu initialement. Cette mesure aurait exigé plus de ressources humaines, financières et temporelles. Devant la contrainte budgétaire, nous n'avons pas identifié le pourcentage de tarification réelle, étant donné la présomption des « dessous de tables » souvent mentionné par plusieurs études dans les pays africains. Nous pouvons citer les cas de la Zambie (Limbambala, 1994), l'Ouganda (Brunet-Jailly, 1991; Okuonzi et Macrae, 1994), la Tanzanie (TGNP, 1993), le Bénin (Gbedenou et al., 1994), de façon générale Dumoulin et Kaddar (1993) et en Angola, certains travaux faisaient allusion au phénomène de « Gasosa »). En fait, lorsqu'il y a une fraude ou une tarification occulte,

en général cela ne laisse pas de trace. Et donc tout ticket délivré signifierait absence de fraude car il y a une officialisation de la transaction.

En dehors de ces critiques, les dimensions de la PRCAS sont l'expression des mesures matérialisant suffisamment l'implantation de la politique. Le défaut de l'une des dimensions affecterait la PRCAS au point d'affirmer que l'implantation est insuffisante.

3.3.3 VARIABLES DU CONTEXTE

3.3.3.1 Mesures habituelles du contexte

Conceptuellement, les variables dans le modèle organisationnel de type structurel peuvent mesurer l'implantation contextuelle selon trois attributs : les attributs du gestionnaire, les attributs de l'organisation et les attributs du contexte organisationnelle. Comme nous l'avons énoncé préalablement au chapitre 2, il y a un grand nombre de publications qui structurent l'environnement et la structure organisationnelle de différentes façons. Pour ce faire, nous sommes d'accord avec Pugh et al (1968) pour soutenir que la typologie des variables organisationnelles relève d'une taxonomie. Cela signifie que cette classification est fondée sur des données qui sont mesurables et établies empiriquement. Une taxonomie est donc une classification multidimensionnelle. C'est dans cette perspective que les chercheurs tels que Gerth et Mills, (1948), Gerth (1952), Constat (1961), Gouldner (1955), Stinchcombe (1965), Blau et Scott in Chandler (1962), Hall, Haas et Johnson (1967), Etzioni (1961) ont présenté différentes classifications des aspects contextuels et structurels des variations. Partant de ce constat, chaque étude présente la mesure du contexte selon la typologie qui semblent mieux se prêter à sa recherche.

3.3.3.2 Les mesures utilisées dans notre étude

Le contexte est mesuré par trois groupes de variables qui sont : les attributs du gestionnaire (Cf. Tableau VII, p. 107), les attributs de l'organisation (Cf. Tableau VIII, p. 108) et les attributs du contexte organisationnel (Cf. Tableau IX, p. 109). Les trois tableaux suivants feront l'objet d'un seul commentaire.

TABLEAU VII - Les mesures des attributs du gestionnaire*

Variables	Indicateurs	Échelles de mesure	Instrument de mesure
L'âge	L'âge en années du directeur	Continue	Questionnaire d'entrevue avec le directeur du CH
L'expérience	Le nombre d'années d'expérience dans le domaine de la gestion.	Continue	Questionnaire d'entrevue avec le directeur du CH
L'expertise	L'expertise du directeur en terme de catégorie ou corps d'emploi	Nominale à 3 niveaux : 0 (autres); 1 (attaché) et 2 (administrateur)	Questionnaire d'entrevue avec le directeur du CH
L'éducation	L'éducation	Ordinale à 3 niveaux : 0 (aucun); 1 (1 diplôme) et 2 (2 diplômes et plus)	Questionnaire d'entrevue avec le directeur du CH

* : Il se rapporte uniquement aux caractéristiques du directeur de l'hôpital.

TABLEAU VIII - Les mesures des attributs de l'organisation

Variables	Indicateurs	Échelles de mesure	Instrument de mesure
La gamme de services	Le nombre de départements chirurgicaux, médico-techniques	Continue	Questionnaire d'entrevue avec le directeur du CH
La spécialisation	Le nombre de postes médico-techniques et chirurgicaux spécialisés	Ordinale à 4 niveaux : 0 (aucun); 1 (1 spécialiste); 2 (2 spécialistes) et 3 (3 spécialistes et plus).	Questionnaire d'entrevue avec le directeur du CH
La taille	Le nombre d'employés du CH	Continue	Questionnaire d'entrevue avec le directeur du CH
Les ressources financières	Le montant de la subvention publique de l'exercice 1998	Continue	Questionnaire d'entrevue avec le directeur du CH
La capacité	Le nombre de lits hospitaliers	Continue	Questionnaire d'entrevue avec le directeur du CH
La conformité technique	Le pourcentage de conformité de la dotation en services du CH par rapport au niveau théorique	Continue	Recueils de textes législatifs et réglementaires
La professionnalisation du personnel soignant	Le ratio : effectif de médecins/ effectif des médecins et paramédicaux	Continue	Base de donnée du SIG (Système d'Information de Gestion)
La professionnalisation du personnel paramédical	Le ratio : effectifs paramédicaux spécialisés/effectif total paramédical	Continue	Base de donnée du SIG (Système d'Information de Gestion)
La professionnalisation du personnel non médical	Le ratio : effectif paramédical/l'ensemble des paramédicaux et filles et garçons de salles.	Continue	Base de donnée du SIG (Système d'Information de Gestion)
La part de dotation des services du CH dans sa région	L'indicateur : le nombre de services du CH/nombres de services de la région	Continue	Base de donnée du SIG (Système d'Information de Gestion)
Le niveau de dotation régionale des services	Le ratio : (services hospitaliers régionaux/total services hospitaliers de la CI)/ (population régionale/ population ivoirienne)	Continue	Base de donnée du SIG (Système d'Information de Gestion)
La participation du personnel et de la population à la gestion	Le nombre de comités techniques contribuant à la gestion du CH	Continue	Questionnaire d'entrevue avec le directeur du CH
La dotation en ressources médicales	Le ratio : le nombre de lits hospitaliers/effectif du personnel médical	Continue	Questionnaire d'entrevue avec le directeur du CH
La dotation en ressources médicales	Le ratio : le nombre de lits hospitaliers/effectif du personnel médical	Continue	Questionnaire d'entrevue avec le directeur du CH
L'aisance financière	Le ratio : le montant de la subvention publique/le nombre de lits hospitaliers	Continue	Questionnaire d'entrevue avec le directeur du CH
La part des assurés	La part en pourcentage de ressources financières dû aux patients assurés dans les ressources propres recouvrés effectivement	Continue	

TABLEAU IX - Les mesures des attributs du contexte organisationnel

Variables	Indicateurs	Échelles de mesure	Instrument de mesure
La densité de la population par district	La population au kilomètre carrée	Ordinale à 3 niveaux : 1 (< 40 habitants/km ²); 2 (40-79 habitants au km ²); 3 (>79 habitants au km ²)	Rapport annuel sur la situation sanitaire SIG, Côte d'Ivoire, 1997
L'accessibilité géographique	La distance en kilomètre séparant le chef lieu de région et la ville d'appartenance du CH.	Ordinale à 3 niveaux : 0 (même localité); 1 (0-100 km); 3(>100 km)	CNTIG (Centre Nationale de la Télédétection et de l'Information Géographique)
Taux de migration nette (TMN)	Le solde migratoire de la région	Continue	Document de l'Institut National de la Statistique (INS)
Le niveau des activités économiques (NIVAE)	Le nombre des activités (typologie) économiques pratiquées dans la localité d'appartenance du CH	Continue	CNTIG (Centre Nationale de la Télédétection et de l'Information Géographique)
Les soins préventifs	Le taux moyen de soins préventifs dans un district donné. Il est exprimé en pour 100	Continue	Base de donnée du SIG (Système d'Information de Gestion)
La Charge de la Morbidité Globale (CMG)	La somme des Années de Vie Corrigées du facteur d'incapacité (AVCI) (Banque Mondiale, 1990)	Continue	Rapport annuel de l'OMS (1999), RGPH (Recensement Général de la population et de l'habitat), Institut National de la Statistiques (INS) (1998), RASS (1997)
La dotation régionale en ressource hospitalière	Le ratio : population régionale/CH	Continue	Base de donnée du SIG (Système d'Information de Gestion)
La dotation régionale en ressource lits	Le ratio : population régionale/lit	Continue	Base de donnée du SIG (Système d'Information de Gestion)
La dotation régionale en ressource bloc opératoire	Le ratio : population régionale/bloc opératoire	Continue	Base de donnée du SIG (Système d'Information de Gestion)
La dotation régionale en ressource laboratoire	Le ratio : population régionale/laboratoire	Continue	Base de donnée du SIG (Système d'Information de Gestion)
La dotation régionale en ressource radiologie	Le ratio : population régionale/radiologie	Continue	Base de donnée du SIG (Système d'Information de Gestion)
La dotation régionale en ressource médicale	Le ratio : population régionale/nombre de médecins	Continue	Base de donnée du SIG (Système d'Information de Gestion)
La dotation régionale en ressource infirmière	Le ratio : population régionale/nombre de personnel infirmier	Continue	Base de donnée du SIG (Système d'Information de Gestion)
La dotation régionale en ressource sage-femme médicale	Le ratio : population régionale/nombre de personnel sage-femme	Continue	Base de donnée du SIG (Système d'Information de Gestion)

Initialement, il n'existait qu'une variable catégorielle dans la mesure du contexte. Il s'agit de l'expertise du gestionnaire. Mais, après la collecte des données, il a semblé pertinent d'effectuer certains regroupements. C'est le cas par exemple, de l'éducation, de la spécialisation et de l'accessibilité géographique. Pour ce qui est de la densité de la population, la catégorisation nous a été imposée par les fichiers de SIG.

3.3.3.3 Les raisons de notre choix de variables

Avant la définition des variables à l'étude, il conviendrait d'effectuer quelques remarques par rapport aux variables collectées. De cette façon, nous comprendrions mieux les variables définitivement retenues.

Dans les variables du *contexte organisationnel*, nous aurions aimé mesurer *le degré de compétitivité*. Malheureusement, les fichiers des médecines privées et traditionnelles sont inexistantes. Le niveau de pratique clandestine est tel que le nombre de paramédicaux et médicaux réels qui sont à l'origine des prestations de soins de santé pourrait nous faire défaut. Nous préférons être prudent en ne l'incluant pas.

Nous aurions aussi voulu mesurer la *Différenciation verticale*. Cependant, il y a un niveau unique qui est imposé à tous les CH du pays.

Par ailleurs nous avons aussi mis en relief les données manquantes dans les tableaux (Tableaux A à D, pp. xxix-xxxii) de l'Annexe 2 (p. xxix). Les variables définitives sont donc celles présentées dans les tableaux des variables contextuelles (Cf. Tableaux VII à IX, pp. 107-109).

3.4. BILAN DE LA COLLECTE

Les problèmes rencontrés ont permis de faire le bilan par rapport aux variables qui n'ont pas été retenues. Les justificatifs ont été évoqués également. À cet effet, les informations sont plus détaillées par l'Annexe 3 (p. xxxiii).

3.5. MÉTHODE ET COLLECTE DES DONNÉES

3.5.1 DESCRIPTION DES INSTRUMENTS

Il y a quatre instruments de collecte des données. Il y a eu deux entrevues, un questionnaire et une grille de cueillette d'informations documentaires.

Le premier est une entrevue. Il s'agit d'un questionnaire administré par entrevue dirigée. L'entrevue a été effectuée auprès des directeurs des CH. Elle concernera les attributs du gestionnaire et ceux de l'organisation hospitalière.

Le deuxième est aussi une entrevue de type non structuré et ayant trait à l'évaluation globale de la PRCAS. Elle est adressée aux experts nationaux et internationaux à l'échelon national. Cela a permis de recueillir leur perception sur la PRCAS. En d'autres termes, elle a été l'occasion d'obtenir un jugement vis à vis de la PRCAS.

Le troisième instrument est un questionnaire qui porte sur le contexte organisationnel. Il s'agit d'une entrevue semi dirigée. Cet instrument a été administré principalement aux directeurs et sous directeurs de l'Institut National de la Statistique (I.N.S.). Ensuite, il a été administré également à certains responsables des institutions gouvernementales telles que la commission nationale sur l'assurance maladie, et à certains cadres du Centre National de la Télédétection et d'Information Géographique (CNTIG).

Le quatrième instrument est une grille de collecte des données documentaires qui porte sur la PRCAS et les indicateurs de la santé financière de l'hôpital. Les informations proviennent des archives des CH et des directeurs d'hôpitaux.

3.5.2 QUALITÉ DES INSTRUMENTS DE MESURE

Pour l'élaboration des instruments de mesure, nous nous sommes inspiré des travaux de l'UNICEF (1993) sur le guide d'enquête, de ceux de Diakité (1998) sur le système de recouvrement des coûts d'utilisation du médicament au Mali, des études de McPake et al. (1992) sur l'évaluation de l'implantation de l'IB, des publications de Pugh, Hinnings et

Turner (1968) sur les variables contextuelles dans l'organisation, des observations empiriques, du plan comptable public des établissements de santé et des travaux sur les indicateurs de l'Association des Hôpitaux de l'Ontario. Ainsi, nous avons fait des modifications nécessaires pour mieux adapter la synthèse de ces instruments à notre étude.

La validation des instruments de mesure a été effectuée en collaboration avec une équipe composée des personnes suivantes :

Il y a plusieurs personnes issues de différentes institutions. Ainsi, nous y retrouvons la Banque Africaine de Développement, le BNETD, la Coopération Française, la délégation de la Banque Mondiale à Abidjan, la délégation de l'OMS à Abidjan, deux CH, l'Inspection Générale du Ministère de la Santé, la sous direction chargée du contrôle de gestion à la (DCEIS), la Direction de la DCEIS, la Direction des Affaires Financières (DAF), et des consultations des cadres de la délégation locale de l'UNICEF à Abidjan et de deux autres CH pilotes. Les instruments de mesures ont été discutés et ajustés selon les avis communs des débats. Il y a eu un premier prétest dans deux CH qui sont Grand-Bassam et Port-Bouet. Des modifications sont intervenues et il y a eu un second prétest à Abobo et à Alépé. Nous avons alors obtenu la forme finale.

3.5.3 SOURCES DE DONNÉES

Les données de notre étude proviennent de cinq sources qui sont : l'enquête réalisée par notre équipe, des données de l'Institut National de la Statistique (I.N.S.), des données du Centre National de Télédétection et d'Information Géographique (C.N.T.I.G.), des données du Ministère de la Santé Publique et enfin des données provenant du rapport annuel de l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.) 1998.

3.5.3.1 Collecte de données de notre équipe

Les variables concernées sont identifiées dans les tableaux V à IX (pp. 97 à 109) dans la colonne instrument de mesure. Deux sources de données ont été utilisées à savoir l'utilisation des documents et l'information fournie par les interviewés (directeurs des CH, les experts, les directeurs régionaux, les directeurs départementaux et certains cadres des

institutions visitées). Ainsi dans la perspective de De Bruyne et al., (1974) nous avons retenu deux catégories de cueillettes des données à savoir l'enquête (sous la forme d'un entretien et questionnaire auto administré) et l'analyse documentaire.

Pour ce qui est de l'utilisation des documents, nous avons opté pour les documents écrits où ont été analysées les publications, les données administratives, les écrits officiels et les écrits personnels. Ainsi nous avons exploité la banque de données disponibles du Ministère de la Santé, du journal officiel et toutes les autres publications relatives au système de santé en Côte d'Ivoire. En somme, les sources de documents peuvent être aussi privées qu'officielles (archives, rapports, statistiques) (De Bruyne et al., 1974). Cette cueillette concernera les attributs organisationnels et ceux du contexte organisationnel. Pour ce qui est de la PRCAS, il a fallu aussi exploiter les documents d'instauration de la PRACS dans les différents établissements.

Les informations fournies par les directeurs ont été recueillies à la fois sous la forme d'une entrevue dirigée effectuée à partir d'un questionnaire qui leur a été administré préalablement.

Les informations des patients ont été obtenues par un tirage aléatoire de 15 factures de médicaments et de 15 reçus du coût des actes de santé. Cinq (5) personnes. De façon nominative, l'équipe de travail était composée des personnes suivantes :

- Le chercheur principal Administrateur des Services Financiers
- un Ingénieur Biomédical
- un Ingénieur Économiste Statisticien
- un Informaticien
- un Chauffeur.

Enfin, nous avons obtenu les données complètes pour 47 des 49 CH.

Il y a eu aussi les six experts sur l'étude qui ont été interviewés par entrevue semi dirigée. Il existait une grille d'entrevue afin qu'on évite de dire des choses portant sur des domaines trop vastes.

Toutefois, en dehors de la région sud, tous les CH des neuf autres régions ont été visité effectivement par deux personnes à savoir le chercheur principal et l'ingénieur biomédical. Cette équipe très restreinte a eu pour effet d'accroître la validité des données si nous considérons les variations susceptibles d'affecter une collecte et associées aux enquêteurs. Il y a eu une certaine homogénéité dans la méthode de la collecte des informations. Avant de quitter une localité donnée, les données recueillies étaient vérifiées, contrôlées et validées conformément aux directives des instruments de mesures et aux recoupements logiques des différents documents disponibles. Les données obtenues ont été régulièrement confrontées les unes avec les autres afin d'en tirer une synthèse qui reflète le plus près possible la réalité. Il y a eu un seul cas où la quasi totalité des données ont été complétées par entrevue téléphonique. Nous avons eu à faire une confrontation des informations avec les données issues de la direction régionale et surtout celles de la direction départementale.

3.5.3.2 Données provenant de l'I.N.S.

La variable concernée est le taux de migration nette. Il y a deux méthodologies différentes : l'une issue du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH 98); et l'autres d'enquêtes réalisées à partir d'un échantillon.

Selon le syllabus du RGPH (1998 in INS), La première, est une enquête nationale portant sur toute la population ivoirienne. Les données ont été recueillies à partir du questionnaire RGPH98. L'administration est faite aux ménages par des agents recenseurs sur des questions à la fois ouvertes pour certaines et fermées pour d'autres. Les agents recenseurs sont répartis dans 16 027 District de Recensement (DR). L'enquête a porté sur 2 666 049 ménages pour une population totale de 15 366 221.

La seconde, est une enquête portant sur un échantillon composé de ménages, femmes et hommes âgés aussi de 15 à 49 ans. La base du sondage est constituée des 10 333 Districts de Recensement du RGPH de 1988. l'échantillonnage, pondéré et représentatif au niveau national, est basé sur un sondage aléatoire stratifié et tiré à deux ou trois degrés. Les strates sont au nombre de cinq : Abidjan, Forêts urbaines, Forêts Rurales, Savanes Urbaines et Savanes Rurale. En définitive, 246 grappes, dont 146 en milieu urbain et 100 en milieu rural, ont été sélectionnées. Toutes ces grappes ont été entièrement enquêtées. Nous y

avons sélectionné 6.348 ménages, 8.271 femmes et 2.728 hommes éligibles. Sur ces effectifs, 5.935 ménages, 8.099 femmes et 2.552 hommes ont été interviewés soit un taux de réponse respectif de 97,0%, 98,0% et 94,0%.

Les instruments de mesures sont composés de quatre questionnaires : le questionnaire ménages (25 items), le questionnaire femme (911), le questionnaire homme (322) et le questionnaire communautaire sur la disponibilité des services.

3.5.3.3 Données provenant de l'O.M.S.

La variable concernée est la Charge de Morbidité Globale. La charge de morbidité globale – selon le Rapport sur la Santé dans le Monde (OMS, 2000) – a estimé les causes de décès pour les 14 sous-régions du monde en se basant sur des données tirées des registres nationaux d'état civil et correspondant à un total annuel de 16,7 millions de décès. En outre, pour mieux estimer les causes des schémas de la mortalité, les experts de l'OMS se sont servis d'informations provenant de systèmes d'enregistrement d'échantillons, de laboratoires démographiques et d'analyses épidémiologiques portant sur des affections particulières. Ils ont soigneusement analysé les données sur les causes de décès pour tenir compte des lacunes des registres d'état civil dans les pays et des différences probables des causes du schéma de la mortalité auxquelles on pouvait s'attendre dans les sous-populations, souvent pauvres, qui font l'objet de ces lacunes. Pour cette analyse, ils ont mis au point des techniques basées sur l'étude de la charge globale de morbidité, affinées, en s'appuyant sur une base de données beaucoup plus étendue et des techniques de modélisation plus fiables.

Une attention particulière a été accordée aux problèmes posés par les erreurs d'attribution ou de codage des causes de décès dans les catégories de maladies cardiovasculaires, de cancer, de traumatismes et d'affections et symptômes mal définis. Il a été mis au point un algorithme de correction pour la reclassification des codes des affections cardio-vasculaires mal définies. La mortalité due au cancer par localisation a été évaluée à l'aide de données de registres d'états civiles et de registres d'incidence du cancer dans la population. Les données extraites de ces derniers ont été analysées pour chaque région au moyen d'un modèle complet de survie au cancer par âge, par période et par cohorte.

Enfin, l'estimation de la charge de morbidité globale s'effectue en utilisant la somme des années de vie corrigée du facteur de l'incapacité (AVCI) pour mesurer les différences sanitaires dans le monde. Les AVCI ainsi que l'espérance de vie corrigée de l'incapacité sont des mesures synthétiques de la santé de la population. Les AVCI permettent de déterminer la différence entre la santé d'une population et un objectif normatif constitué par une vie en pleine santé. au sujet de l'élaboration des AVCI et des récents progrès de la mesure de la charge de morbidité, voir Murray et Lopez (à paraître). Les AVCI ont été évaluées à partir d'informations sur les causes de décès dans chaque Région et d'évaluations régionales de l'épidémiologie des principales affections invalidantes.

Dans notre étude, nous avons tenu compte de la classification en six familles des maladies, car ce sont les six facteurs qui contribuent le plus à la charge de morbidité globale (CMG) : les causes périnatales et maternelles, les infections respiratoires et infectieuses, les maladies diarrhéiques, les cardiopathies ischémiques et maladies cérébrovasculaires, le groupe des maladies de l'enfance (diphtérie, polio, coqueluche, rougeole et tétanos), tuberculose (Banque Mondiale, 1993). Des banques de données de l'OMS, nous ont permis d'effectuer des hypothèses de distribution AVCI par rapport à celle énoncée à partir de la sous région Afrique sub-saharienne à l'étude. Elle est issue des régions qui sont entre autres : Afrique sub-saharienne, Inde, Chine, autres pays et îles d'Asie, Amérique latine et Caraïbes, Croissant moyen oriental, Anciennes Économies Socialistes d'Europe (AESE), Économies de Marché Bien Établies (EMBE), AESE et EMBE Groupe de pays en transition démographique, toute économie.

Dans le cas spécifique à la Côte d'Ivoire, on doit déterminer la Charge de Morbidité Globale (CMG). Pour le calcul, on s'est basé sur les Années de vie Corrigées du facteur de l'Incapacité (AVCI) disponibles dans les données de la Banque Mondiale et celles de l'OMS (cf. annexe rapport annuelle de l'OMS, 1999). On a fait l'hypothèse d'une distribution normale linéaire et uniforme des AVCI à travers les pays de la région OMS Afrique. Ainsi, la population de chacun des pays aura servi de clé de répartition des AVCI. Cela nous permis de savoir les nombre d'AVCI par pathologie en CI. En retenant uniquement les indicateurs de morbidité qui pourraient expliquer en grande partie l'état de santé de la population ivoirienne. En fonction des taux nationaux et de ceux à l'intérieur de

chaque région, on peut estimer par interpolation les différents AVCI par pathologie et par district en Côte d'Ivoire. Et la CMG par CH est la somme des AVCI de chaque district.

Pour ce qui est de nos AVCI, on a utilisé la population issue du RGPH98 pour calculer les AVCI proportionnelles aux différentes pathologies retenues. La population ivoirienne utilisée est de 15 366 221 et celle utilisée dans le calcul des AVCI en Afrique toute entière est de 14 292 000 Mais il convient de savoir que cela ne fait pas une différence énorme. En effet, les CMG avec les différentes populations sont corrélées à 0,999 et non significatives au seuil de alpha égal 0,01. En outre ce sont des nombres de même grandeur. Le rapport entre les deux CMG donne une variation de 0,91 à 1

Ainsi, tenant compte, des différents indicateurs de prévalence ou d'incidence, on a extrait des AVCI au niveau nationale. Et on a fait également le même exercice pour les districts des différentes région de la Côte d'Ivoire. Ce qui permet d'obtenir une charge de morbidité globale par CH en additionnant les différents AVCI du district d'appartenance.

3.5.3.4 Données provenant du C.N.T.I.G.

Le Centre National de la Télédétection et d'Information Géographique, lui utilise la méthode de retraitement des informations contenues dans les banques de données de différents Ministères. En effet, deux variables proviennent du CNTIG. Il s'agit de l'accessibilité géographique et du niveau d'activité économique de la localité urbaine. Pour la première variable, l'information est issue d'une carte géographique élaborée à partir des données du Ministère des infrastructures économiques, Direction des Routes et Voiries (DRV). La seconde variable provient aussi d'une autre carte élaborée à partir des données du Ministère d'État, Ministère de l'Agriculture et des ressources animales. Comme tous les services gouvernementaux, la Côte d'Ivoire dispose d'une direction dans chaque région et qui centralise les informations des toutes les localités qui dépendent d'elle. Elle les achemine ensuite vers la direction centrale approprié du Ministère concerné. Il s'agit alors, de façon générale, d'une compilation de données administratives dont les registres sont tenus au fil de leurs activités pendant l'année. Les données concernent alors l'ensemble de

la Côte d'Ivoire. Elles sont donc nationales. Le CNTIG, disposant de plusieurs banques de données, effectue souvent des croisements afin de minimiser des biais éventuels. Les cartes ont été élaborées dans le deuxième semestre 1999.

3.5.3.5 Données provenant du Ministère de la Santé Publique

Il s'agit ici d'une compilation des données administratives concernant les activités et leur contexte des différents services du Ministère de la Santé. La direction centrale chargée de la réalisation de ce travail est la Direction du Contrôle et de l'Évaluation de l'Information Sanitaire (DCEIS). La DCEIS utilise comme instrument de collecte le rapport mensuel de l'établissement et les indicateurs de suivi et d'évaluation du Plan National de Développement Sanitaire 1996-2005. Le suivi, la supervision et le contrôle de la collecte sont assurés par la Sous Direction du Système d'Information. Cette dernière collecte alors et traite les informations (validation, exhaustivité, fiabilité) pour élaborer le rapport annuel sur la situation de la santé en Côte d'Ivoire à partir des informations de tous les services. Elle est aidée dans sa tâche par les districts sanitaires qui collectent toutes les informations au niveaux des services relevant des directions départementales. Ces informations sont acheminées dans les différentes directions régionales. Celles-ci les compilent et les acheminent à la Direction du Contrôle et de l'Évaluation de l'Information Sanitaire. Nous avons utilisé les données issues des fichiers du SIG de la DCEIS valables pour la période 1998. Les variables concernées sont : la densité de la population, les soins préventifs, les dotations de ressources hospitalières, lits, blocs opératoires, laboratoire, radiologie, médecin, infirmière et sage femme pour ce qui est des attributs du contexte organisationnel.

Au niveau des attributs organisationnels, les professionnalisations des personnels soignant, paramédical, non médical, la part des dotations des services du CH dans sa région et le niveau de dotation régionale des services.

3.5.4 DIFFICULTÉS RENCONTRÉES

Nous avons travaillé avec 49 hôpitaux initialement. Nous avons pu avoir les données sur 47 CH sur 65. En effet, 2 CH ont eu des données manquantes. C'est ainsi que la taille de

notre échantillon passa de 49 CH à 47 CH. Toutefois, il convient de relever que nous disposons d'un pourcentage effectif de 72,31% de la population cible (47/65).

Au niveau des CH, certains directeurs n'ont pas pu être joints. Ce fut les cas de 08 CH. Cependant, ces directeurs ont été contactés par voie téléphonique afin qu'ils complètent les cinq questions portant sur les attributs du gestionnaire.

Pour ce qui est des données du contexte environnemental, ce fut parfois un problème de disponibilité de fichier. Ainsi, la variable concernant la médecine traditionnelle est valide que pour cinq régions sur 16. Le fichier des établissements privés ne traite que de la seule ville d'Abidjan sur l'ensemble des 16 localités régionales du pays. En plus ce fichier d'Abidjan n'est pas fiable et ni complet. Le fichier concernant la démographie est contenu dans le RGPH98 qui est actuellement l'enjeu principal des informations pour les prochaines élections nationales. Donc il est actuellement inaccessible. Pour ce qui est des informations provenant des institutions hors du Ministère de la Santé, cela prenait une procédure bureaucratique trop lourde à parcourir avant d'accéder aux documents. Il se pourrait que cela soit associé au climat de méfiance générale qui s'est installé suite aux troubles politiques dans le pays. Ce serait alors une façon de protéger son poste en prévenant toute divulgation d'informations susceptibles de se retrouver dans un journal de la place.

Quant au contexte lié à l'environnement de travail, la collecte des données s'est effectuée dans un contexte général d'instabilité politique du Ministère de la Santé en CI. Cela est en partie matérialisé par la nomination successive de trois Ministres de la Santé en l'espace de moins de six mois. Cette situation est accompagnée souvent de mouvements d'affectation des Ressources Humaines (RH) du Ministère. Ainsi, le personnel avait des préoccupations majeures autres que le travail quotidien ou le fonctionnement courant de son service. Il faut aussi ajouter que la crise politique du coup d'état préoccupa longtemps toute la population y compris tous les travailleurs aussi bien internationaux que nationaux. En conclusion, tous ces événements ont plongé le contexte de travail dans un environnement léthargique. Ce qui fut un élément assez préjudiciable au bon déroulement de la collecte.

3.6. MÉTHODE D'ANALYSE DES DONNÉES

3.6.1 ANALYSE DU CONTENU DES ENTREVUES ET DES DOCUMENTS

Il s'agit d'une analyse des entrevues avec les experts d'une part et à partir des données collectées dans les CH d'autre part. Nous nous servons de la catégorisation de la PRCAS en sept dimensions. Nous nous servons des statistiques de tendance centrale (la moyenne), de dispersion (l'écart type) et de la distribution. Les données recueillies dans les CH permettront de comparer la conformité entre l'avis des experts et les données observées dans les documents. Auparavant, nous avons normalisé les scores des différentes dimensions de la PRCAS afin de mieux comparer les niveaux d'implantation entre les différents CH. Cela nous permet également d'avoir un score global de la PRCAS qui nous indique le niveau d'implantation de ladite politique. À partir de ces étapes, tout en confrontant les informations obtenues avec les experts, nous sommes en mesure d'apprécier l'implantation de la PRCAS de 1995 à 1998; d'effectuer le bilan en Côte d'Ivoire au mois de décembre 1998; et d'élaborer un bilan d'implantation dans les CH au mois de décembre 1998 aussi. Cette démarche concerne principalement l'objectif 1.

Nous ferons également les mêmes analyses descriptives avec les variables de santé financière et celles du contexte afin de commencer à analyser les objectifs 2, 3 et 4.

3.6.2 ANALYSE DE L'ASSOCIATION DES VARIABLES

Elle consiste à analyser les différentes associations entre les variables à partir d'un tableau de mesure d'association. La nature de nos variables étant diversifiée, il devient impératif d'utiliser plusieurs types d'association. Ainsi, les mesures seront établies conformément au tableau suivant :

TABLEAU X - Typologie des mesures d'association utilisées

	Continues	Nominales	Ordinales	Dichotomiques
Continues	Pearson	Coefficient d'incertitude	Rho de Spearman	Coefficient d'incertitude
Nominales	Coefficient d'incertitude	Coefficient d'incertitude	Coefficient d'incertitude	Coefficient d'incertitude
Ordinales	Rho de Spearman	Coefficient d'incertitude	Carré : Tau b Rectangle : Tau c	Coefficient d'incertitude
Dichotomiques	Coefficient d'incertitude	Coefficient d'incertitude	Coefficient d'incertitude	Rapport de côte

Des analyses préalables afin d'éviter les problèmes de multicolinéarité dans les modèles multivariés de régressions linéaires multiples sont nécessaires. Pour ce faire, nous pourrions éviter de tenir compte simultanément des variables trop fortement associées. Cette démarche permettra aussi de réduire le nombre de variables à utiliser de sorte à accroître le degré de liberté de nos futurs modèles de régression.

3.6.3 ANALYSES MULTIVARIÉES

Elles concernent les objectifs 2, 3 et 4. Il sera utilisé des modèles de régressions linéaires multiples. Les autres variables sont analysées à partir des statistiques descriptives des données. Pour les modèles de régression multiple, nous pourrions les résumer successivement objectif par objectif.

3.6.3.1 L'influence du contexte sur la PRCAS

- 1) La variable dépendante PRCAS en terme de score global est mise en rapport avec les variables contextuelles.
- 2) Les différentes dimensions de la PRCAS sont mises en rapport avec les variables contextuelles.

3.6.3.2 L'influence de la PRCAS sur la santé financière des CH

- 1) Les sept variables dépendantes de performance sont mises en rapport avec chacune des dimensions qui deviennent des variables indépendantes.
- 2) Les sept variables dépendantes de performance sont mises en rapport avec le score global de la PRCAS.

3.6.3.3 L'influence de la PRCAS sur la santé financière dépendamment du contexte

Il s'agit ici de voir les différentes variables dépendantes de performance en fonction de la PRCAS et des attributs du contexte. Ensuite, nous analysons également chacune des dimensions de la PRCAS dépendamment des attributs du contexte

Les procédures statistiques nécessaires ont été effectuées avec le logiciel le SPSS 10,0 et Excel 97 sur Windows. Pour minimiser les effets de multicollinéarité, nous avons évité d'introduire dans le même modèle de régression les variables dont les coefficients d'association supérieurs à 0,50. Nous avons complété cette analyse par la méthode des variables centrées réduites des modèles ayant le R^2_a élevé. En effet, quand deux variables X et Z sont centrées, la seule corrélation entre ces variables et leur produit ou entre elles est due à la non normalité des variables (Aiken et West, 1991). Les valeurs non centrées peuvent être fortement corrélées avec leur terme d'interaction. La multicollinéarité dans le contexte de régression avec de fortes valeurs des variables est due aux échelles. Cette multicollinéarité peut être minimisée par la centralisation des variables (Neter, Wasserman et Kutner, 1989).

Il faut noter que cinq variables ont été considérées comme principales. En se fondant sur nos connaissances du domaine, nous retenons à cet effet les variables d'expertise du gestionnaire (attribut du gestionnaire), de la dotation en ressources médicales du CH et de son aisance financière (attributs de l'organisation), de la charge de morbidité globale et du niveau d'activité de la localité urbaine (attributs du contexte organisationnel). Empiriquement, nous trouvons que ces cinq variables avaient une

importance inéluctable dans l'analyse de la PRCAS. Nous avons voulu alors vérifier cela. Enfin, le coefficient de corrélation carrée multiple ajusté nous donnera la part de la variance de la VD expliquée par ces VI. Le logiciel d'analyse nous permettra également d'apprécier des statistiques de diagnostic de la multicolinéarité (proportion des variances, Condition Index, VIF et Tolerance).

Par ailleurs, à l'aide du logiciel d'analyse SPSS 10.0 sur Windows, les variables ont été introduites dans les modèles de régression selon les étapes suivantes :

- 1) Cette première étape consiste à utiliser le score global de la PRCAS ou l'une de ses dimensions en ENTER; ensuite toutes les autres variables en mode FORWARD.
- 2) Dans la seconde étape, nous vérifions si les variables principales ne sont pas significatives dans l'étape 1. Si tel est le cas, nous les ajoutons au modèle sinon nous retenons tout simplement toutes les variables significatives de la première étape. Nous prenons les variables principales en compte car les effets d'interactions sont élaborés à partir d'elles. Disposant de toutes les variables à partir de l'étape 1 et de l'ajustement avec les variables principales, nous les intégrons dans le modèle à nouveau en mode FORWARD en tenant compte de l'effet d'interaction si nécessaire. Cela consiste à avoir comme variable de départ les variables significatives, les cinq variables principales et les interactions associées aux différentes variables considérées. En somme, nous faisons entrer la PRCAS ou l'une de ses dimensions en mode ENTER, puis les variables retenues ou significatives et les effets d'interaction en FORWARD. Nous obtenons alors le modèle final.
- 3) Pour juger de la qualité d'ajustement des modèles, une analyse additionnelle a été effectuée sur les différents modèles à partir des résidus internes et externes, des individus aberrants par rapport au profil de corrélation du modèle, de l'influence sur la valeur prédite, sur l'origine et les coefficients de régression du modèle et sur l'ensemble des individus du modèle. Cela a fait ressortir de façon stable quatre individus

(hôpitaux) aberrants. Toutefois, ils n'ont pas été retirés du modèle pour des raisons entre autres empiriques et opérationnelles. Ce sont des CH qui représentent des situations réelles. Nous avons choisi de les laisser dans le modèle. Pour nous, il s'agit de quelque chose qui est vraie et non aberrant même si ce fut le cas statistiquement.

Le dernier paragraphe mérite plus de clarification. Elle complète la qualité d'ajustement du modèle que nous avons débuté avec l'élimination des effets de multicollinéarité. En effet, l'analyse des résidus s'est effectuée selon la perspective de Neter et al. (1996) et de Tabachnick et Fidell (1996). Il s'agit d'analyser le modèle final à partir de trois dimensions : 1) les résidus internes; 2) les résidus externes; 3) l'identification des individus aberrants.

Au niveau des résidus internes, nous avons regardé les résidus studentisés. Ils sont beaucoup plus stables et moins influencés par des CH aberrants. Ce sont des résidus qui reflètent davantage la distribution de l'échantillonnage. Cette distribution doit être normale avec une moyenne de zéro et un écart type du résidu ($s_{(ei)}$) de valeur 1. En fait ce résidu est : $r_i = e_i / s_{(ei)}$.

Pour ce qui est des résidus externes d'un CH, nous les calculons en excluant un CH donné. Donc nous regardons la valeur prédite pour l'individu i (un CH donné) lorsqu'il est exclu du groupe. Nous utilisons les résidus externes studentisés. La distribution doit suivre une loi de Student avec un degré de liberté de $(N-p-1)$. N étant la taille de l'échantillon et p le nombre de paramètres à estimer. Nous comparons la valeur du résidu studentisé externe qui est $t_i = d_i / s_{di}$. Nous comparons la valeur de t_i à la valeur de la table pour voir si c'est significatif ou non avec $\alpha = 0,05$.

Quant à l'identification des individus aberrants, nous avons utilisé d'une part les x_i (soit PRCAS, soit les variables du contexte) aberrants et d'autre part les y_i (soit PRCAS, soit santé financière) aberrants. Pour identifier les premiers, nous nous servons du $Levier_i$ qui indique comment un x_i s'éloigne de l'ensemble des x_i . En d'autres termes, dans quelle mesure un CH donné s'éloigne du profil de corrélation c'est-à-dire du levier. Le CH_i est aberrant si son $Levier_i$ est supérieur à $[2(p-1)/n]$.

En ce qui concerne les y_i aberrants, nous avons utilisé trois statistiques : SDFFITS, SDFBETAS, COOK. La première (SDFFITS) indique comment un individu influence sa propre valeur prédite. Si je peux prédire la même chose avec ou sans l'individu y_i dans le groupe, il n'a alors pas d'impact sur le modèle. L'individu y_i est aberrant si $SDFFITS_i$ est supérieur à 1 étant donné n inférieur à 100. La seconde (SDFBETAS) montre ce qui arrive avec l'origine, les pentes lorsque l'individu i est là ou pas. Cet individu est aberrant lorsque $SDFBETAS_{k(i)}$ est supérieur à 1 avec n plus petit que 100. k représente le nombre d'indices de la pente et de l'origine. Il varie de 0 à k . ainsi nous avons b_0, b_1, \dots, b_k . Enfin, la troisième statistique nous renseigne sur l'impact que l'individu i a sur tout le monde avec ou sans lui. Il s'agit de l'impact de l'individu sur l'ensemble des individus. Nous jugerons qu'un individu a de l'influence sur l'ensemble du groupe si sa distance de COOK (D_i) est supérieure à sa moyenne majorée de trois fois son écart type. SDFBETAS et SDFFITS sont des valeurs studentisées car nous avons divisé les statistiques concernées par leurs écart types.

Le chapitre méthodologie a permis de présenter les méthodes et stratégies utilisées dans notre recherche. Le niveau de validité et de fiabilité envisagé semblent de nature à contrôler des biais éventuels. Cette démarche nécessite d'être appliquée concrètement dans le chapitre résultat qui en constitue l'aboutissement. Il apparaît important de passer à l'étude des résultats obtenus à partir de la méthodologie exposée.

CHAPITRE 4 - RÉSULTATS

4.1 DESCRIPTION DE LA PRCAS

4.1.1 LES RÉSULTATS CONCERNANT LA DESCRIPTION DE L'IMPLANTATION DE LA PRCAS

La description de l'implantation consiste à évaluer la mise en œuvre de la PRCAS de 1995 à 1998 à partir de l'analyse des entrevues avec les experts. Les six (6) experts sont connus pour leur importante contribution à la mise en œuvre de la PRCAS. Leur analyse sera complétée par des données recueillies dans les CH à partir de questionnaires administrés aux gestionnaires, aux directeurs régionaux et départementaux.

En somme la description de la mise en œuvre s'effectue en six (6) dimensions qui sont : la formation, l'investissement, la décentralisation, la tarification, l'intéressement du personnel et la politique du médicament. Nous ajouterons à ces dimensions, un degré d'implantation que nous appellerons le score global de la PRCAS.

a) La formation

La formation du personnel se mesure par la formation nécessaire pour implanter la PRCAS. En principe, à l'hôpital, seules trois (3) personnes sont concernées par cette mesure. Il s'agit du directeur, des régisseurs de recettes et d'avances. Chacune de ces personnes devrait avoir reçu au moins une formation. Le questionnaire administré aux gestionnaires des CH mesure la formation à partir de cet indicateur qui est celui de la couverture. En outre, l'analyse des propos des experts fait ressortir deux dimensions supplémentaires pour caractériser la formation. La formation peut être alors analysée selon trois (3) angles qui sont, la couverture, l'intensité et l'appréciation globale. La couverture s'intéresse à la catégorie des différents acteurs qui ont été touchés par la formation. L'intensité considère le nombre de formations dispensées à ces acteurs. L'appréciation globale permet de porter un jugement d'ensemble.

En terme de couverture, les experts embrassent un plus grand nombre d'acteurs. Ils considèrent les différentes catégories d'acteurs du système de santé. Dans cette logique, pour trois (3) experts sur six (6), tous les acteurs concernés ont connaissance de la PRCAS. Il y a un bon nombre de catégories d'acteurs qui semblent avoir bénéficié des formations.

Les ressources humaines sont nombreuses à avoir été formées. En effet, des formations ont été dispensées à plusieurs acteurs du système de santé : les administrateurs à L'ENA, les infirmiers, infirmières et sages-femmes pendant leur formation à l'école, des membres de certains COGES, des fonctionnaires du ministère de l'économie et des finances, et des représentants municipaux. Les trois (3) autres experts n'ont pas fait mention d'une telle réflexion.

Pour ce qui est de l'intensité, les avis sont également partagés. Pour quatre (4) des répondants, elle est insuffisante. Les formations continues ne sont pas assurées régulièrement et leur nombre demeure limité. Néanmoins, les deux experts restants affirment qu'il y a eu beaucoup de formations. Ils citent à cet effet les formations ayant eu lieu d'octobre 1994 à juin 1996 (tous les six (6) mois), en septembre 1996, octobre à mars 1998. Toutefois, la tendance générale est que les formations sont certes en grand nombre, mais disparates et irrégulières.

Quant au niveau d'appréciation globale, cinq (5) experts sur (6) l'estiment faible. En effet, selon ces derniers, le niveau est aujourd'hui bas. Les différentes catégories d'acteurs ne sont pas formées au mieux. Les formations se font de façon tâtonnante. En terme de régularité, la formation est un échec. Il faut renforcer la PRCAS par un plus grand nombre de formations. Il y a par contre un expert qui soutient qu'en dépit de l'insuffisance de la formation, la population et le personnel ont été formés suffisamment pour avoir connaissance des grands principes comptables et législatifs de la PRCAS.

En se référant aux données recueillies dans les CH, nous avons mesuré la couverture. Pour nos analyses statistiques du questionnaire, nous avons retenu d'abord la formation selon les trois (3) personnes qui ont été visées à l'intérieur du CH. L'estimation moyenne est de 0,59; c'est-à-dire moins de deux personnes sur trois ont reçu au moins une formation. Ensuite, nous avons demandé aux experts d'effectuer une estimation globale de l'implantation de la formation sur une échelle de 0 à 1. Ils ont estimé la formation à un niveau de 0,50 environ. L'évaluation des experts et les données recueillies auprès des CH donnent des résultats similaires en apparence.

En terme de bilan, nous pouvons dire que dans l'ensemble, il y a eu des formations dans tout le pays. Il semble y avoir eu un souci d'impliquer tous les acteurs. En dépit de quelques insuffisances, nous constatons que la plupart des CH dispose au moins d'un agent sur les trois acteurs supposés être formés. Ce qui peut être le signe d'une bonne implantation de la dimension formation dans les conditions prévues par la stratégie de la PRCAS. Autrement dit, tous les CH ont pu bénéficier au moins partiellement de la formation en PRCAS.

b) L'investissement

L'investissement concerne les fonds alloués pour l'acquisition des équipements, des immobilisations et des ressources humaines. Il est mesuré par la part des fonds propres consacrée à l'investissement.

Le point de vue des experts fait ressortir trois angles d'analyse de l'investissement : humain, matériel et financier.

En termes de ressources humaines, trois (3) répondants sur six (6) trouvent les investissements insuffisants dans les directions régionales et autres niveaux périphériques. Les ressources sont insuffisantes en qualité et en quantité. Mais pour les trois (3) autres répondants, c'est surtout dans les directions centrales que ces ressources humaines sont suffisantes. Le Programme de Valorisation des Ressources Humaines (PVRH) a permis progressivement de financer les investissements initiaux en ressources humaines. Il convient de rappeler que le PVRH visait des programmes de formations pas seulement dans le cadre de la PRCAS. Ce fut une coïncidence heureuse.

Au niveau des ressources matérielles et institutionnelles, les besoins en matériels et fournitures de bureaux initiaux et nécessaires à la PRCAS ont été financés principalement sur les fonds PVRH. Pour l'un des experts, les documents de gestion officiels sont de plus en plus disponibles. Pour les autres experts, il y a eu beaucoup de projets d'investissements. En effet, le système de santé était délabré. Des investissements étaient donc nécessaires. Dans les années quatre vingt dix, il y a eu alors un vaste programme de réhabilitation à partir des projets de santé. Nonobstant ce programme, la

grande majorité des experts reconnaissent que les investissements sont insuffisants. Il y a un manque de matériels et de logistiques appropriés. Les investissements en matériels semblent nuls. Nous pouvons citer à titre d'exemple l'absence d'une simple caisse enregistreuse dans les CH. Il n'y a ni logistique spéciale ni outils informatiques au niveau local. De façon institutionnelle, les missions de suivi et d'évaluation n'appuient pas les investissements envisagés. La Direction du Contrôle, de l'Évaluation et de l'Information Sanitaire (DCEIS), l'inspection générale et autres institutions de contrôle sont moins présentes. Une régularité du contrôle et suivi d'une fois tous les six (6) mois a eu lieu d'octobre 1994 à juin 1996. Nous en concluons que la logistique n'est pas suffisante et la supervision fait défaut.

Au niveau des ressources financières, les avis sont globalement négatifs. Ainsi selon 3 des experts, les subventions sont faibles et le Fonds d'Action Sanitaire (FAS) est fonctionnellement inapproprié. Les crédits délégués (subventions de l'État) se font de plus en plus difficiles à être octroyés régulièrement. Les fonds propres deviennent le budget principal. Ces subventions ne financent plus les missions de supervision et de suivi. Le FAS ne joue pas le rôle d'investissement qui lui est dévolu. Sa gestion est trop lourde. D'ailleurs ce sont les fonds PVRH qui ont permis de financer les ressources humaines. Les trois (3) autres tout en appréciant les ressources financières, s'abstiennent d'émettre un avis de jugement sur sa nature.

Sous l'angle de l'impression globale, quatre (4) des experts soutiennent que les investissements sont faibles. Selon le premier, il y a eu moins de 50% de ce qui devrait être. Pour le second il y a une absence d'appui suffisant aux directions départementales et aux directions régionales. Quant au troisième, les investissements sont assez limités. Enfin pour le quatrième, les investissements initiaux à l'implantation de la PRCAS sont nécessaires pour les formations et suivis. Cependant, les deux derniers experts n'ont pas exprimé un point de vue clair à ce niveau. La faiblesse de l'investissement peut être perçue au travers du budget régulier qui est la part des ressources propres consacrée à cet effet. Ainsi, au niveau des données provenant des CH (cf. Tableau XI, p. 138), l'investissement moyen représente une proportion de 0,24 des ressources propres revenant à l'hôpital. Même si pour les experts, leur niveau demeure faible et que les ressources sont jugées approximatives et insuffisantes; force est de constater qu'il y a eu des efforts consentis pour

les investissements. En effet, cette part ne couvre qu'une partie des investissements en équipement moins lourds. Cette part semble échapper au contrôle des CH. Elle est réalisée à partir d'un projet géré au niveau d'une administration centrale. Cette observation pourrait en outre expliquer la différence dans l'estimation moyenne de l'investissement avec le point de vue des experts à savoir 0,24 et 0,50. nous en déduisons que les experts s'appuient sur une définition plus large que notre questionnaire administré dans les CH.

Il est important que le CH détienne une part non négligeable et régulière du montant total des sommes investies. Toutefois, à long terme, la part d'investissement sur ressource propre est la seule source sûre et stable en terme de financement. Nous pouvons dire que le niveau des investissements est suffisant pour pouvoir assurer le fonctionnement de la PRCAS. Par contre, il peut s'avérer insuffisant au regard des besoins du CH.

c) L'intéressement du personnel (IP)

L'IP est la stratégie qui devrait permettre une implantation effective de la PRCAS. Il permettrait de prévenir des cas de mauvaise performance du personnel. Il s'agit de la part de ressources propres allouées à l'intéressement du personnel.

Quatre (4) des experts affirment qu'il y a beaucoup d'insuffisances. Les textes ne sont pas toujours suivis de façon homogène. Les choses sont donc faites de manière disparate. L'intéressement du personnel peut entretenir une iniquité grandissante. Il devient impératif de le repenser et de l'indexer à la performance. Des réflexions sont à juste titre en cours pour une amélioration. Aujourd'hui, l'intéressement du personnel est très controversé. Par ailleurs, les experts soutiennent que l'intéressement du personnel est appliqué conformément aux textes. La contribution de l'intéressement du personnel est importante en tant qu'incitatif financier. En théorie, il constitue une bonne idée.

Selon les données recueillies dans les CH, les valeurs moyennes sont conformes aux textes en vigueur, à savoir \leq à 15% des ressources effectivement recouvrées. Nous pouvons en conclure que l'intéressement a connu un grand succès en terme de mise en œuvre. Il est distribué régulièrement une fois par année.

d) La décentralisation

La décentralisation est la variable qui mesure la participation de la population et du personnel à la gestion. Elle se définit comme étant un des principes fondamentaux des politiques de recouvrement dans la perspective de l'IB. Nous la mesurons à l'aide des activités du Comité de Gestion (COGES) en deux dimensions. Ainsi, nous mesurons la couverture à partir de la représentativité des membres en réunion. Nous mesurons également l'intensité par le nombre de réunions du COGES. Avant de porter un jugement global, certains experts font une analyse des pouvoirs effectifs du COGES.

En terme de couverture, trois (3) experts sur six (6) estiment que la population est mal représentée. Cet argument trouve son fondement dans le fait que la population n'a droit qu'à deux représentants émanant de la mairie. En général, c'est l'une de ces deux personnes qui est absente. En outre, il est très rare de voir que ces représentants soient des femmes. La représentativité ne semble pas valide. Les membres des Comités de Gestion sont peu formés. Les municipalités sont moins sensibilisées que les services exécutifs de l'administration.

Les autres experts s'abstiennent de se prononcer sur le niveau de couverture de la PRCAS.

Au niveau de l'intensité, quatre (4) experts sur six (6) estiment que la décentralisation est peu intensive. Ce n'est pas en deux (2) ou trois (3) réunions que nous gérons un CH. Les comités de gestion ne jouent pas toujours leur rôle et sont à redynamiser. Actuellement ce rôle se limite aux différentes approbations du budget qui sont au nombre de trois (3) : pour le budget de l'exercice suivant, pendant le budget modificatif pour l'exercice en cours et pour le bilan portant sur le budget de l'exercice écoulé. Nous sommes encore dans le carcan de la comptabilité centralisée. Les deux derniers experts n'ont pas eu à s'exprimer sur l'intensité de la participation du personnel et de la population à la gestion de l'hôpital.

Pour ce qui est des moyens ou du pouvoir de la décentralisation, les avis peuvent être classés en deux parties. Pour quatre des experts, les moyens menacent le bon

fonctionnement de la décentralisation. Il y a des problèmes conceptuels. Les Directions Départementales, unités opérationnelles de la mise en œuvre de la PRCAS, fonctionnent mal. Les ressources humaines principales des directions départementales sont des médecins alors que ceux-ci ne sont pas des gestionnaires. Le désengagement financier de l'État est à craindre. Toutefois il devra s'impliquer de moins en moins dans la gestion courante. Il y a peu de souplesse dans les budgets approuvés. Il y a aussi une absence d'incitatifs financiers pour motiver le fonctionnement des Comités de Gestion. Il n'y a pas de moyens coercitifs sur les membres du COGES. En outre, le COGES est parfois une source de conflits entre son président et le personnel de la santé. Au delà de ces problèmes, trois (3) des experts pensent que le COGES constitue un baromètre de fiabilité et de validation des orientations de la gestion aux yeux de la population. Le COGES a pour moyen de coercition le manque d'approbation du budget. Le COGES est également un instrument de crédibilité des prix aux yeux de la population.

Pour ce qui est de l'impression globale, selon trois (3) des experts, les COGES fonctionnent mal. L'implantation effective est affaiblie en terme du processus de décentralisation adoptée. La politique des COGES a été mise en marche. Cependant, ils ne sont pas toujours fonctionnels. Il y a des efforts à faire pour une amélioration. Le poids de ces COGES n'est pas assez influent et les orientations sont prédéfinies au niveau central. En dépit de cela, trois (3) des experts estiment qu'ils fonctionnent conformément aux textes. Et dans les milieux urbains, le fonctionnement est meilleur que dans les villages. Plus de 80% des COGES existent. La décentralisation mise en œuvre a été effective par rapport aux attentes conceptuelles de la PRCAS.

Les problèmes fonctionnels sont en majorité associés au niveau conceptuel. Il est vrai que nous ne saurions qualifier cette forme de gestion de décentralisée. Elle serait tout au plus déconcentrée.

À titre d'illustration, selon le Tableau XI (p. 138), la couverture est en moyenne de 0,93. Elle montre que plus de 90% des membres sont impliqués dans les décisions prises. Le mode est de niveau 100%. Ce qui signifie que le plus souvent, la quasi totalité des membres sont présents aux réunions du comité de gestion. L'intensité est quant à elle de niveau modal équivalent à 0,67 pour une valeur moyenne de 0,64. Dans

l'ensemble, il y a presque deux (2) réunions sur trois (3) qui se tiennent. En s'abstenant de se lancer dans un débat concernant sa pertinence, nous pouvons affirmer que les données recueillies concordent bien avec le point de vue des experts. Ce que les experts reprochent à cette dimension relève d'une analyse critique conceptuelle et de dynamique du groupe. La dimension décentralisation est conforme à ce qui a été prévu par les textes même si ce n'est pas la perfection. Nous avons donc décentralisé de façon suffisante.

e) La politique du médicament

La politique du médicament est l'un des volets de l'IB. Tout comme l'Intéressement du Personnel (IP), la Politique du Médicament devrait permettre à la PRCAS de s'implanter de façon effective et de connaître une amélioration durable. En d'autres termes, elle est l'incitation à consommer les soins de santé. Il faut rappeler que les médicaments qui y sont vendus sont moins chers que ceux que nous trouvons sur le marché. À titre de comparaison, ils sont moins coûteux que les médicaments des pharmacies privées bénéficiant de la réduction de 70% des prix accordés aux usagers de la Mutuelle Générale des fonctionnaires et Agent de l'État. Or, cette Mutuelle apparaît comme l'un des modèles qui incitent la population à une consommation plus grande des médicaments.

Nous avons jugé pertinent de mesurer la politique du médicament à partir du budget médicament. En effet, la proportion de ressources consacrées au médicament peut refléter la force d'implantation de la Politique de Médicament. Il ressort de l'entrevue avec les experts plusieurs dimensions d'analyse. Les avis des experts peuvent être analysés selon les sous dimensions ressources humaines, financières, stock de médicament et impression globale.

En terme de ressources humaines, il y a une insuffisance selon les experts. Il y a un manque de personnel pour la gestion de la politique du médicament dans la plupart des CH.

Pour les ressources financières, quatre (4) des experts affirment que la politique du médicament est un fardeau additionnel pour les ressources propres. Les

ressources humaines de la pharmacie sont financées parfois sur les ressources propres. Ainsi, les cas sociaux et urgents, les bris de produits, les consommables engloutissent une partie des ressources propres de la PRCAS. Les marges bénéficiaires sur les ventes de médicaments ne reviennent pas dans la comptabilité des ressources propres de l'hôpital. Empiriquement, la régie de recette unique pour la politique du médicament et pour la PRCAS peut être un facteur de perturbation. Les recettes de la politique de médicament sont parfois utilisées du fait de la mise en place tardive des délégations de crédits (subventions de l'État). Toutefois, pour les deux autres experts, cela n'a pas semblé être une préoccupation majeure.

Dans la sous dimension des ruptures de stocks, trois (3) des experts reconnaissent qu'il y a une disponibilité croissante des médicaments. Les livraisons sont régulières. Les ruptures ont lieu de moins en moins fréquemment. Il y a la présence de médicaments aussi bien en ambulatoire qu'en milieu hospitalier. La disponibilité du stock est bonne. En cela, les trois (3) autres experts affirment que les ruptures relèvent d'un problème de gestion. La gestion centralisée expose à une rupture de stocks. La disponibilité accroît la fréquentation des CH alors que la pénurie engendre sa chute. La disponibilité des médicaments fait augmenter les ressources propres.

Pour ce qui est de l'impression globale, tous les experts soutiennent que la politique du médicament fonctionne bien. Le niveau de réalisation est à 75% de ce qui est prévu. Il y a de moins en moins de plaintes venant des structures. La gestion est moyenne et la clientèle est croissante. La PRCAS et la Politique du Médicament sont fonctionnelles. La politique du médicament existe depuis 1991 et est conforme à l'idée de l'IB/SSP. Cette politique est considérée comme une des plus grandes réussites de la mise en œuvre de la PRCAS. D'ailleurs, les données recueillies dans les CH indiquent un niveau moyen de 0,75 aussi identique que celui évoqué par les experts. Le niveau modal est de 0,80. Il y a une disponibilité croissante des médicaments dans les CH. En dépit de ce résultat reluisant, la politique du médicament reste tributaire de la bonne gestion. Le manque de ressources humaines appropriées et le fardeau additionnel nés des cas sociaux, urgents, bris, factures non recouverts constituent des facteurs de son affaiblissement. Des améliorations sont donc nécessaires.

f) La tarification

La tarification est l'essence même de la PRCAS. Nous sommes passé d'un contexte de gratuité des soins à celui d'un système payant. Nous voulons savoir si les actes de santé sont dispensés au prix stipulé par la PRCAS. La réflexion des experts peut être structurée en quatre (4) aspects : variabilité, applicabilité, coûts réels et impression globale.

Nous dirons qu'au niveau de la variabilité, les opinions des experts sont forts diversifiées. Pour quatre (4) d'entre eux, les prix sont stables. Depuis la modification intervenue le 31 juillet 1995, les prix n'ont plus varié. Pour trois (3) des experts, les prix à la demande sont inélastiques. Les populations semblent insensibles aux variations de prix. Il ne semble même pas y avoir de plainte de la population suite aux variations. Les tarifs peuvent varier énormément. Les variations techniques des produits et prestations n'en sont pas nécessairement associées proportionnellement.

Pour ce qui est de l'applicabilité, deux (2) des experts soutiennent que les tarifs sont indépendants du niveau de richesse de la population. Les tarifs ne semblent pas tenir compte du pouvoir d'achat des ménages. Il y a une fixation hasardeuse des prix sans connaissance de la propension à consommer ou à épargner de la population. Toutefois, pour trois (3) des experts, les tarifs demeurent réglementaires et légaux. Les tarifs en vigueur sont ceux adoptés le 13 septembre 1994 et modifiés le 31 juillet 1995 par arrêté No 284. Il y a une application systématique des prix. Pour le dernier expert, les tarifs demeurent parfois flous. Leur application est parfois dépendante du niveau de compréhension de l'arrêté No 284 par le directeur.

Au niveau des coûts réels, selon trois (3) des experts, ils sont méconnus. Ils soutiennent entre autres qu'il y a une indépendance entre les coûts réels et les tarifs en vigueur. La comptabilité analytique ou des coûts est inexistante. Les coûts non recouverts ne sont pas subventionnés. Et l'absence d'appui financier entraîne alors un déséquilibre financier et comptable.

Sur le plan de l'impression globale, selon cinq (5) des experts, cette tarification renferme des insuffisances. Selon le dernier expert, il est difficile de modifier les prix en fonction des coûts réels de production.

La réussite de la tarification peut être estimée à environ 70%. Cette tarification est parfois différenciée dans les CH à cause de la compréhension des directeurs de ces établissements. La tarification est non évolutive. Il y a une proportion de la population qui est exclue du système à cause des tarifs en vigueur. Cependant, quatre des experts soutiennent que les tarifs en vigueur dans les CH sont ceux qui existent légalement. Les tarifs en vigueur sont réglementaires, respectés et conformes aux textes.

La tarification en vigueur recouvre des coûts réels qui restent méconnus. Elle est caractérisée par une stabilité des prix et une inélasticité des prix à la demande. Toutefois, la tarification en vigueur dans les CH est celle qui est conforme aux textes. Selon le Tableau XI (p. 138), les tarifs sont constants pour tous les CH car ils sont fixés au niveau central. Nous sommes aussi d'accord avec les experts pour mentionner que les données semblent indiquer une conformité des prix officiels. Il faut remarquer que nos données ne sont pas parvenues à capter la corruption et les dessous de table prévalant dans le système. Toutefois, la tarification demeure une composante importante de la PRCAS. L'inexistence de la tarification rendrait impossible l'implantation de la PRCAS. C'est pourquoi nous mentionnons la présence de cette variable même si elle devient une constante dans tous les CH. Dans l'ensemble, la tarification est une belle réussite en terme d'implantation de la dimension de la PRCAS.

TABLEAU XI - La description de la PRCAS dans les CH de la CI au mois de décembre 1998

Variabes	Distribution des scores	Moyenne	Écart type	IC_{.95}
Formation : le nombre de personnes ayant reçu au moins une formation dans le cadre la PRCAS sur le nombre total de personnes supposées recevoir la formation	00 : 4 (8,5%) 0,33 : 11 (23,4%) 0,67 : 24 (51,1%) 0,67 : 8 (17,0%)	0,59	-	-
L'investissement : la part des ressources propres (RP) consacrées aux investissements : Investissement/RP	0 - 0,25 : 17 (36,2%) 0,25 - 0,35 : 12 (25,5%) 0,35 - 1 : 18 (38,3%)	0,32	0,16	[0,27 - 0,36]
L'intéressement du personnel : la part de RP effectivement distribuée au personnel pour son intéressement par rapport à l'ensemble des ressources propres	0,13 - 0,25 : 12 (25,5%) 0,25 - 0,30 : 16 (34,1%) 0,30 - 1 : 19 (40,4%)	0,29	0,12	[0,26 - 0,33]
La couverture : le niveau moyen de participation des membres du COGES aux réunions du COGES : nombre de membres présents/nombre total des membres prévu.	0,50 - 0,88 : 3 (6,4%) 0,88 - 1 : 16 (34,0%) 1 : 28 (59,6%)	0,93	0,10	[0,90 - 0,96]
L'intensité : le rapport entre le nombre total de rencontres annuelles des réunions du COGES et le nombre théorique minimal de 3 réunions par an.	0,33 : 13 (27,7%) 0,67 : 25 (53,2%) 1,00 : 9 (19,1%)	0,64	-	-
Le budget médicament : le rapport entre le budget médicament et l'ensemble des sommes effectivement recouvrées.	0,44 - 0,80 : 17 (36,2%) 0,80 - 0,90 : 14 (29,8%) 0,90 - 1 : 16 (34,0%)	0,82	0,12	[0,78 - 0,86]
La tarification : la comparaison des prix facturés aux patients avec les tarifs réglementaires.	Constante	1	0	1
Score global de la PRCAS : le score moyen de tous les scores des variables d'implantation	0,50 - 0,60 : 6 (12,8%) 0,60 - 0,70 : 31 (66,0%) 0,70 - 0,80 : 10 (21,2%)	0,66	(0,06)	[0,64 - 0,67]

Nous pouvons dire qu'au mois de décembre 1998, le bilan de l'implantation est celui du niveau moyen des scores globaux et par dimension. Nous avons apprécié également la mise en œuvre de la PRCAS au mois de décembre 1998 par la description du degré d'implantation globale de la PRCAS d'une part et de la considération par région géographique d'autre part. Le score global est la moyenne arithmétique des scores normalisés des différentes dimensions de la PRCAS. En Côte d'Ivoire, le niveau moyen d'implantation de la PRCAS est de 0,68 sous l'angle du score global ou du niveau global. Nous en concluons que la PRCAS a été suffisamment bien implantée. Toutefois, il existe d'énormes marges de progression pour son amélioration. Pour ce qui est du niveau moyen des dimensions, nous pourrions nous référer aussi au Tableau XI (p. 138) qui comporte des intervalles de confiance. L'observation des dimensions présente un niveau d'implantation suffisamment élevé par rapport aux textes en vigueur. Cela constitue une réussite pour ce qui est de sa mise en œuvre. En effet, cette situation est surtout bien illustrée par trois dimensions qui tendent vers une. Ce sont la tarification, la couverture de la participation à la gestion et le budget médicament. Ces variables présentent des valeurs respectives de 1; 0,93 et 0,75. Parfois, l'appréciation de la description est normative. Ainsi, l'intéressement du personnel doit être plus faible que 0,15. Le fait que nous ayons obtenu 0,14 apparaît comme une atteinte de nos objectifs d'implantation de cette dimension. Les autres dimensions que sont la formation, l'investissement et l'intensité de la participation à la gestion ont des niveaux qui permettent de juger de leur mise en œuvre effective dans les CH.

Au-delà de la description individuelle de la PRCAS, il serait important d'effectuer une description comparative par région. Ainsi le tableau suivant (Cf. Tableau XI, p. 138) illustre les données résumées dans les 10 différentes régions en 1998. Les régions peuvent-elles constituer des facteurs de différenciation entre les niveaux d'implantations de la PRCAS?

TABLEAU XII - Le niveau moyen de la PRCAS selon les régions en 1998

RÉGIONS	VARIABLES							
	Formation	Investissement	Intéressement du personnel	Couverture	Intensité	Budget médicament	Tarifification	Score global régional
Sud	0,30	0,10	-0,31	-0,20	0,50	0,60	1,00	0,29
Est	-0,32	-0,78	-0,16	0,64	0,10	0,66	1,00	0,17
Nord-Est	0,87	0,25	0,30	0,64	0,12	-0,79	1,00	0,35
Centre-Nord	0,28	-0,19	-0,35	0,64	-0,20	-0,60	1,00	0,09
Centre-Ouest	-0,60	0,14	0,05	0,47	-0,70	0,42	1,00	0,12
Nord	-0,12	-0,51	0,50	-0,60	-0,80	-0,71	1,00	-0,18
Ouest	0,10	-0,38	0,54	-0,80	-0,60	-0,34	1,00	-0,07
Nord-Ouest	-0,91	-0,33	0,12	-0,56	0,90	-0,39	1,00	-0,03
Sud-Ouest	-0,50	2,00	-1,00	0,24	0,60	0,41	1,00	0,40
Centre	0,30	-0,31	0,60	-0,08	0,40	-0,49	1,00	0,21
Moyennes nationales normalisées	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,14
Moyennes nationales observées	0,59	0,24	0,29	0,93	0,64	0,82	1,00	0,68

Cette partie constitue un approfondissement de l'analyse descriptive au niveau de la PRCAS. Une description pour le degré d'implantation globale de la PRCAS par rapport aux régions nous fournit de l'information additionnelle. Dans le degré d'implantation de la politique du recouvrement des coûts des actes de santé, nous constatons que la région Sud-Ouest est celle où le degré d'implantation pourrait être le meilleur au regard du critère de score global de la PRCAS. Nous interprétons que les ordres de grandeurs de ce critère relatif. Ainsi, la région Sud-Ouest est suivie par la région Nord-Est puis par le Sud. Les régions les moins bien placées sont celles du Nord, Nord-Ouest et Ouest où il y a des CH avec une relative moins bonne implantation. Pour ce qui est des régions Centre, Centre-Ouest, Est et Centre Nord Est, elles présentent un niveau d'implantation de la PRCAS qui

peut être qualifié de relativement moyen. Nous pouvons rappeler que le niveau moyen de la mise en œuvre globale de la PRCAS est de 0,68. En effectuant une analyse en terme de pourcentage de réussite, nous pouvons dénombrer les régions avec réussite comparée à celle où il y en a eu moins. Ainsi, sept régions sur 10 ont connu une implantation relativement meilleure que les autres, soit un pourcentage qui s'élève à 70% des régions. Ce pourcentage est suffisamment élevé pour ce qui est du degré d'implantation globale de la PRCAS. Par grand regroupement, tous les CH du Nord, Nord-Ouest et de l'Ouest ont un degré d'implantation plus faible que les CH des autres régions. Cependant, cet indicateur n'est que relatif. Dans la réalité, la totalité (soit 100%) ont une implantation soit très bonne soit au moins moyenne de la PRCAS par appréciation normative. En fait il n'y a aucun CH qui présentent un degré d'implantation de moins de 50% en terme des valeurs observées.

Les dimensions nous rappellent qu'au niveau de la formation, la moitié du personnel a été formée. Près du quart des ressources propres est alloué aux investissements. Moins de 15% sont consacrés à l'intéressement du personnel. Plus de 90% des membres des COGES participent à la gestion. Il y a pratiquement deux réunions par année. 75% de l'ensemble des fonds recouverts reviennent à la politique du médicament. Nous en déduisons une grande force d'implantation de cette politique. Des précisions sont nécessaires aux niveaux de l'investissement et de la politique du médicament. En réalité ces pourcentages sont plus faibles que les niveaux réels à indiquer. En effet, les fonds propres utilisés par le CH constituent 50% de leurs avoirs effectifs. Le dénominateur qui comprend les fonds propres est une sous-estimation de l'ensemble des fonds effectivement recouverts, les montants des investissements et de la politique du médicament étant comparés par rapport aux sommes localement obtenues à partir de la PRCAS.

Le bon niveau de la PRCAS concorde avec les propos des experts qui soutenaient que dans l'ensemble la politique est bien implantée. Des améliorations et réformes la renforceraient davantage.

4.1.2 LA SANTÉ FINANCIÈRE

La santé financière dans une organisation donnée se mesure en principe à l'aide de cinq groupes d'indicateurs : les ratios de structure, de solvabilité, de liquidité, de gestion et

de rentabilité. Dans les conditions idéales et de disponibilités d'informations complètes, nous aurions pu avoir le schéma résumé suivant (rappel du Tableau II) :

TABLEAU XIII - Le compromis rentabilité-liquidité

		RENTABILITÉ	
		Bonne	Mauvaise
LIQUIDITÉ	Bonne	Situation saine (santé financière)	En difficulté
	Mauvaise	Difficultés temporaires ou faillite si des mesures ne sont pas prises	Entreprise moribonde

Selon certains auteurs, des aménagements techniques sont utiles pour obtenir le tableau ci-dessus. Ainsi pour Guerra et al. (1995), nous devons effectuer une correction du bilan : à l'actif, les frais d'établissement et les régularisations sont ajoutés aux capitaux propres. Au passif, les provisions et impôts différés sont ajoutés aux dettes à long terme. Les régularisations du passif sont ajoutées aux dettes à court terme.

Toutefois, la particularité des CH en tant qu'organisations publiques permet de relever un certain nombre de problèmes d'application de ces groupes d'indicateurs. En effet, l'organisation des CH ne permet pas de calculer la plupart des indicateurs. D'abord, les CH ne sont pas des détenteurs de patrimoine. Ensuite, ils ne pratiquent pas les amortissements et les dotations aux provisions. Puis, ils n'ont pas de transactions sur le marché de la dette en théorie. Enfin, la fiscalité n'affecte pas leurs résultats. À partir de ces remarques, le budget demeure la source essentielle de nos données pour pouvoir analyser l'exploitation. Nous travaillons dans un contexte de court terme. Compte tenu de toutes ces contraintes, nous pouvons mesurer la santé financière à partir de sept (7) variables qui sont classées en deux groupes : rentabilité et liquidité. Nous pouvons également dichotomiser le tableau par rapport au fait d'être en santé financière ou non.

En général nous définissons les liquidités comme étant des espèces et des quasi-espèces. Elles comprennent les actifs dont l'entreprise peut disposer facilement. Elles se composent notamment des fonds en caisse, des dépôts à vue et des placements à court

terme facilement monnayables, comme les dépôts à terme (lorsque ceux-ci peuvent être retirés en tout temps sans pénalité) (Martel et Rousseau, 1999). Les liquidités sont aussi appelées flux de trésorerie. Quant à la rentabilité, elle se définit comme des indicateurs du degré de réussite d'une entreprise au cours de l'exercice, exprimant généralement le résultat en pourcentage du chiffre d'affaires, de la moyenne du total de l'actif ou encore de la moyenne des capitaux propres pendant cet exercice.

La santé financière se comporte différemment selon ses différentes dimensions. Il est intéressant de regarder les résultats sous l'angle de ces dimensions.

TABLEAU XIV - La description de la santé financière des CH

Variables	Distribution des scores	Mode	Moyenne	Écart type	IC ₉₅
La rentabilité globale ou ROE = Résultat 1998/ressources propres *100	-7 - 1 : 7 (14,8%) 1 - 6 : 20 (42,6%) 6 - 33 : 20 (42,6%)	0,00	6,69%	8,24	[4,27 - 9,11]
La rentabilité de la subvention d'exploitation (ROOS) = résultat 1998/ subventions de 1998 *100	-4 - 1 : 7 (14,9%) 1 - 6 : 29 (61,7%) 6 - 60 : 11 (23,4%)	0,00	5,18%	9,66	[2,34 - 8,02]
La variation de chiffre d'affaire par lit (VARCAPL) (centaine de milliers) : (RP98/lits98)-(RP95/lits95)	-6 - 0 : 19 (40,4%) 0 - 100 : 15 (31,9%) 100 - 550 : 13 (27,7%)	0,00	40 260,41	168 871,90	[-9322,16 - 89 843,15]
Le chiffre d'affaire par lit (CAPL) (en dizaine de milliers) : RP98/lits98	7 - 16 : 27 (36,2%) 16 - 30 : 16 (34,0%) 30 - 141 : 14 (29,8%)	100 000,00	282 121,23	238 465,80	[212 105,00 - 352 137,40]
Le coefficient de mobilisation des ressources additionnelles (CMRA) : RP98/subventions98	0,15 - 0,50 : 19 (40,4%) 0,50 - 1 : 20 (42,6%) 1 - 3 : 17 (17,0%)	0,38	0,68	0,42	[0,56 - 0,80]
Le taux de croissance en ressources propres (TCRP) : (RP98-RP95)/ RP95*100	-21 - 0 : 5 (10,6%) 0 - 50 : 14 (29,8%) 50 - 100 : 16 (34,1%) 100 - 243 : 12 (25,5%)	80,0	70,78%	62,00	[52,57 - 88,98]
La variation du coefficient de mobilisation des ressources additionnelles (VARCMRA) : (RP98/subventions98)- (RP95/subventions95)	-280 - -50 : 15 (31,9%) -50 - 0 : 15 (31,9%) 0 - 10 : 8 (17,0%) 10 - 45 : 9 (19,2%)	0,00	-30,41	53,96	[-46,26 - -14,57]

Ce tableau indique les niveaux de performance des CH. On y trouve la description des sept (7) mesures de performance qui nous permettent de mesurer la santé financière de l'hôpital.

Pour une compréhension de la description de ces variables, nous allons les présenter à travers le Tableau XV, p. 148. En général, nous remarquons que les variables de rentabilité sont positives pour la plupart des CH. En effet, il y a seulement deux CH où les rentabilités sont négatives. Celles relevant des indicateurs de variations ou de la liquidité présentent des niveaux assez diversifiés. Au niveau de la rentabilité globale (ROE), ce ratio indique la rentabilité générée avec un franc de capitaux propres investis dans l'entreprise. Il mesure, donc, l'efficacité avec laquelle l'entreprise utilise les capitaux confiés par ses actionnaires. En principe, le fait que les capitaux propres soient de court terme, il aurait été aussi approprié de parler d'une marge d'exploitation. Il met en évidence la profitabilité de la seule exploitation. Il indique la capacité du CH à équilibrer le compte de résultat. La rentabilité globale se comporte de la même façon que la rentabilité de la subvention. Nous allons présenter ce que nous avons trouvé dans les deux cas à partir d'une même conclusion. Il faut qu'on fasse un rappel sur la seconde mesure à cet effet. Ainsi, la rentabilité de la subvention d'exploitation (ROOS), s'interprète de la même façon que le rendement des capitaux propres (ROE). Nous mettons en rapport la contribution de l'État et le résultat. Le rendement des capitaux propres et le rendement de la subvention doivent être positifs ou nuls, sinon une valeur négative étant un indicateur de mauvaise rentabilité. Seuls deux CH sont concernés par ce cas de figure. En prenant comme indicateur la rentabilité des capitaux propres, en moyenne les hôpitaux ont une santé financière positive. Selon les finances publiques en CI, la bonne gestion requiert l'équilibre budgétaire (Pizzioli, 1985). Donc, un résultat nul est aussi un bon résultat. Un excédent pourrait être qualifié également de signe d'une bonne viabilité financière. Le CH aurait alors performé plus que ce qui était prévu. Ainsi 95,75% des CH ont une rentabilité financière positive.

Au niveau de la liquidité, le Chiffre d'Affaires Par Lit (CAPL) permet de connaître les chiffres d'affaires tout en contrôlant la taille. Il représente aussi la performance par rapport à la taille de l'hôpital. Cette variable permet de connaître le niveau de richesse liquide. La valeur positive est donc souhaitée.

En ce qui concerne le Coefficient de Mobilisation des Ressources Additionnelles (CMRA), il permet de connaître le niveau des ressources propres. Il peut être aussi un proxy de l'indépendance financière (capitaux propres /passifs ou capitaux propres/exigibles). Nous comparons les ressources régulières de l'hôpital. Celles issues de l'intérieur du CH sont comparées à celles issues de l'extérieur. La norme veut que le coefficient soit supérieur à 0,50 pour être qualifié de bon. Pour les autres mesures de la liquidité – la variation du chiffre d'affaires par lit (VARCAPL), la variation du coefficient de mobilisation des ressources additionnelles (VARCMRA) et le taux de croissance des ressources propres (TCRP) – une valeur négative est un signe de baisse de liquidité. L'idéal serait que les CH croissent ou se maintiennent.

La description du chiffre d'affaires par lit montre une distribution asymétrique droite. Elle indique que la plupart des CH se situe à un niveau plus faible. Environ 70% des CH ont une richesse de 300.000 CFA⁴ par lit. Il est l'équivalent de 500 USD⁵ environ par lit pour l'année 1998. Dans un pays où la quasi totalité de tous les produits pharmaceutiques et équipements biomédicaux sont importés, cet apport semble insuffisant en terme de ressources additionnelles pour la santé financière. On pourrait en conclure que ces ressources sont d'un apport très utile pour les charges d'exploitation annuelle de l'hôpital. Mais elles ne sauraient faire face au délabrement et à la vétusté (Gilson, 1997) qui contribuent énormément au problème de fonctionnement de ces CH. Malheureusement, ces ressources propres sont devenues le revenu principal des hôpitaux. Elles doivent donc remplacer les subventions très irrégulières de l'État qui sont disponibles en général à partir de la deuxième moitié de l'année. On pourrait dire que ces ressources constituent une illusion de santé financière au regard des besoins et du critère de rendement de la capacité. Quant à la variation du chiffre d'affaire par lit, elle est distribuée normalement. Pour 40,4% des CH, cette variation est négative. On peut affirmer que pour ces CH, la performance financière est en décroissance. Toutefois, pour plus de la moitié des CH (59,6%), cette performance est en amélioration. Il y a donc des efforts à faire afin que cette performance soit en augmentation continue et généralisée pour tous. De façon générale, on en déduira que la santé financière se porte passablement bien.

⁴ CFA = Communauté Financière de l'Afrique (monnaie de la Côte d'Ivoire)

⁵ USD = dollar USA

En ce qui concerne, le coefficient de mobilisation des ressources additionnelles, il est moyennement satisfaisant. Il est conforme à l'esprit de la réforme qui consistait à mobiliser des ressources additionnelles. Ainsi, en moyenne les CH disposent désormais d'un excédent financier équivalent à environ 68% de la dotation budgétaire habituelle. Ce qui est une majoration des ressources financières non négligeables. On peut affirmer que la santé financière des hôpitaux est en amélioration. D'ailleurs pour 59,6% des hôpitaux, ce coefficient est supérieur à 0,50. En terme de variation, le coefficient de mobilisation des ressources additionnelles montre une décroissance moyenne de l'ordre de 30%. Et pour 66% des CH, ce taux est négatif. Seuls 44% arrivent à maintenir leur santé financière en augmentation. Cela assombrit le tableau de la santé financière qui passe aussi par une viabilité financière des entreprises publiques (Nations-Unies, 1986). On peut dire que proportionnellement aux subventions publiques reçues, les ressources additionnelles sont en baisse dans l'ensemble. L'une des raisons pourrait être le fait qu'au lendemain de la dévaluation en 1994, il y a eu une bonne reprise de l'économie nationale dans les années 1995 et 1996. Les budgets des différents établissements de l'État se sont accrus. Ce qui affaiblirait en partie le coefficient. On aurait facilement un coefficient plus faible en 1998 par rapport à sa valeur de 1995. On dira qu'il y a certes de l'évolution au niveau des ressources propres. Mais cet effort est moins soutenu par rapport à l'évolution des subventions de l'État. Il serait intéressant d'acquérir une plus grande indépendance financière afin de pouvoir envisager une vraie politique de décentralisation dans le futur.

Enfin, le taux de croissance des ressources propres tout comme le critère précédent, nous situe sur la tendance évolutive globale des ressources propres par rapport à l'année initiale d'adoption. Elle est en moyenne de 70,78%. C'est dire qu'en terme de masse d'argent, il y a une plus grande mobilisation en 1998 qu'en 1995. D'ailleurs, pour environ 89,4% des CH ce taux est positif. Seuls 6 hôpitaux affichent un taux négatif. On peut relever que pour plus du quart des hôpitaux, la performance financière est de plus de 100%. Cet indicateur montre une bonne appréciation de la santé financière des CH.

En somme, cinq dimensions sur sept présentent un visage reluisant de la santé financière. Maintenant, comment la santé financière se présente-t-elle lors du croisement des indicateurs de liquidité et de rentabilité?

TABLEAU XV - La distribution de la santé financière selon les CH de CI

VARIABLES	SANTÉ FINANCIÈRE ET NOMBRE DE CH	
	0 (non saine)	1 (saine)
Santé financière 1 : rentabilité et CAPL	2 (4,2%)	45 (95,8%)
Santé financière 2 : rentabilité et CMRA	15 (31,9%)	32 (68,1%)
Santé financière 3 : rentabilité et VARCAPL	19 (40,4%)	28 (59,6%)
Santé financière 4 : rentabilité et VARCMRA	30 (63,8%)	17 (36,2%)
Santé financière 5 : rentabilité et TCRP	7 (14,9%)	40 (85,1%)

Cette partie complète la compréhension de la description des variables de santé financières. En effet, aux Nations-Unies (1978), on a estimé qu'au sein d'une entreprise, il est indispensable que les mesures des résultats comportent certains tests : test de rentabilité, test de liquidité, test de solvabilité et d'autres analyses de rendement (coût-utilité). Il faut ensuite comparer les coefficients obtenus et examiner les différences des situations financières d'une année à l'autre en fonction des objectifs et du budget. Dans notre étude, on procédera à une analyse quelque peu similaire à la perspective des Nations-Unies.

Le tableau ci-dessus indique que la plupart des CH ont une bonne santé financière. Cependant, sous l'angle de la variation du coefficient de mobilisation, on se rend compte que la santé financière de la plupart des CH n'est pas bonne. Il convient de mentionner que les deux variables de rentabilité se comportent de la même façon en terme de description distributive et de niveau de variation. On a fait la moyenne des deux que nous avons mise en relation avec les variables de liquidité.

On a vu que les mesures de rentabilité sont bonnes dans tous les CH, sauf dans deux cas (Cf. Tableau XV, p. 148). Ainsi, en tenant compte de cet état financier, nous pouvons compléter les résultats par les mesures de liquidité. Nous en déduisons 5 niveaux possibles de la santé financière. Ils se présentent comme suit :

a) En considérant le chiffre d'affaires par lit

TABLEAU XVI - La distribution régionale des CH selon la santé financière 1 en 1998

Régions	Non saine	Saine
Sud	1/12 (8,3%)	11/12 (91,7%)
Est	0/2 (0,0%)	2/2 (100,0%)
Nord-Est	0/2 (0,0%)	2/2 (100,0%)
Centre-Nord	0/5 (0,0%)	5/5 (100,0%)
Centre-Ouest	0/7 (0,0%)	7/7 (100,0%)
Nord	0/3 (0,0%)	3/3 (100,0%)
Ouest	1/6 (16,7%)	5/6 (83,3%)
Nord-Ouest	0/2 (0,0%)	2/2 (100,0%)
Sud-Ouest	0/3 (0,0%)	3/3 (100,0%)
Centre	0/5 (0,0%)	5/5 (100,0%)
Total	2/47 (4,3%)	45/47 (95,7%)

Tous les CH semblent en bonne santé financière excepté deux qui sont en difficulté financière. Ils ont une mauvaise rentabilité mais une bonne liquidité. On peut dire que 96,0% des CH ont une santé financière saine.

b) En considérant le coefficient de mobilisation des ressources additionnelles

TABLEAU XVII - La distribution régionale des CH selon la santé financière 2 en 1998

Régions	Non saine	Saine
Sud	4/12 (16,7)	6/12 (83,3%)
Est	0/2 (0,0%)	2/2 (100,0%)
Nord-Est	1/2 (50,0%)	1/2 (50,0%)
Centre-Nord	2/5 (40,0%)	3/5 (60,0%)
Centre-Ouest	2/7 (14,3%)	5/7 (85,7%)
Nord	1/3 (33,3%)	2/3 (66,7%)
Ouest	3/6 (50,0%)	3/6 (50,0%)
Nord-Ouest	1/2 (50,0%)	1/2 (50,0%)
Sud-Ouest	0/3 (0,0%)	3/3 (100,0%)
Centre	1/5 (20,0%)	4/5 (80,0%)
Total	15/47 (31,9%)	32/47 (68,1%)

La plupart des CH sont en bonne santé. Il y a seulement quatre d'entre eux qui sont en difficulté financière car ils ont un mauvais indicateur de liquidité. À ces CH, il faudrait ajouter les deux qui ont une mauvaise rentabilité mais une bonne liquidité. Ils sont aussi en difficulté. Dans l'ensemble, 68,1% des CH sont en bonne santé financière tandis que 31,9% sont en difficulté. Les régions Sud-Ouest et Est sont caractérisées par une bonne santé financière de tous leurs CH.

c) Si on considère la liquidité en terme de variation du chiffre d'affaires par lit

TABLEAU XVIII - La distribution régionale des CH selon la santé financière 3 en 1998

Régions	Non saine	Saine
Sud	4/12 (33,3%)	8/12 (66,7%)
Est	1/2 (50,0%)	1/2 (50,0%)
Nord-Est	2/2 (100,0%)	0/2 (00,0%)
Centre-Nord	2/5 (40,0%)	3/5 (60,0%)
Centre-Ouest	4/7 (57,1%)	3/7 (42,9)
Nord	0/3 (0,0%)	3/3 (100,0%)
Ouest	4/6 (66,7%)	2/6 (33,3%)
Nord-Ouest	1/2 (50,0%)	1/2 (50,0%)
Sud-Ouest	0/3 (0,0%)	3/3 (100,0%)
Centre	1/5 (20,0%)	4/5 (80,0%)
Moyenne	19/47 (40,4%)	28/47 (59,6%)

Dans l'ensemble, 59,6% des CH sont en bonne santé financière et 40,4% sont en difficulté. Les régions Sud-Ouest et Nord sont celles où tous les CH sont en bonne santé financière. À l'opposé, dans la région du Nord-Est, tous les CH sont en mauvaise santé financière.

d) **En considérant le coefficient de mobilisation**

TABLEAU XIX - La distribution régionale des CH selon la santé financière 4

Régions	Non saine	Saine
Sud	9/12 (75,0%)	3/12 (25,0%)
Est	2/2 (100,0%)	0/2 (00,0%)
Nord-Est	2/2 (100,0%)	0/2 (00,0%)
Centre-Nord	1/5 (20,0%)	4/5 (80,0%)
Centre-Ouest	7/7 (100,0%)	0/7 (00,0%)
Nord	1/3 (33,3%)	2/3 (66,7%)
Ouest	4/6 (66,7%)	2/6 (33,3%)
Nord-Ouest	1/2 (50,0%)	1/2 (50,0%)
Sud-Ouest	2/3 (66,7%)	1/3 (33,3%)
Centre	1/5 (20,0%)	4/5 (80,0%)
Total	30/47 (63,8%)	17/47 (36,2%)

Dans ce tableau, il y a plus de CH en difficulté dans les régions qu'en bonne santé. Dans l'ensemble, 36,2% des CH ont une santé financière saine et pour 63,8% d'entre eux elle est non saine. Les CH des régions Est, Nord-Est et Centre-Ouest sont en mauvaise santé financière. Les régions Nord, Centre-Nord et Centre ont plus de CH en bonne santé financière.

e) En considérant le taux de croissance des ressources propres**TABLEAU XX - La distribution régionale des CH selon la santé financière 5 en 1998**

Régions	Non saine	Saine
Sud	2/12 (16,7%)	10/12 (83,3%)
Est	0/2 (0,0%)	2/2 (100,0%)
Nord-Est	1/2 (50,0%)	1/2 (50,0%)
Centre-Nord	0/5 (0,0%)	5/5 (100,0%)
Centre-Ouest	3/7 (42,9%)	4/7 (57,1%)
Nord	0/3 (0,0%)	3/3 (100,0%)
Ouest	0/6 (16,7%)	5/6 (83,3%)
Nord-Ouest	0/2 (0,0%)	2/2 (100,0%)
Sud-Ouest	0/3 (0,0%)	3/3 (100,0%)
Centre	0/5 (0,0%)	5/5 (100,0%)
Total	7/47 (14,9%)	40/47 (85,1%)

En dehors de sept CH, tous les autres semblent en bonne santé financière. On en déduit que 85,1% des CH ont une santé financière saine, alors que 14,9% des CH ont une santé financière non saine. Les régions Est, Centre-Nord, Nord, Ouest, Nord-Ouest, Sud-Ouest et Centre ne possède pas de CH en mauvaise santé. Cela signifie que 7 régions sur 10 ont tous leurs hôpitaux en bonne santé financière. Par contre les CH qui présentent des difficultés sont pour la plupart dans la région du Centre-Ouest.

À la lumière des résultats, on peut effectuer une lecture plus approfondie de la santé financière qui donne des résultats variables. Nous devons exploiter la description des niveaux moyens régionaux des indicateurs de santé financière.

TABLEAU XXI - Le niveau moyen de la santé financière selon les régions en 1998

RÉGIONS	VARIABLES						
	Rentabilité globale	Rentabilité de la subvention	Chiffre d'affaires/lit	Coefficient de mobilisation	Variation chiffre d'affaires/lit	Variation du coefficient de mobilisation	Taux de croissance des ressources propres
Sud	8,40	8,50	432 525,20	0,77	67 078,00	60,00	77,80
Est	4,70	4,10	276 354,60	0,87	-223 870,00	-40,60	50,20
Nord-Est	0,17	0,07	181 281,90	0,57	-47 675,80	-31,70	7,50
Centre-Nord	5,70	2,80	128 238,40	0,49	34 592,80	7,80	79,70
Centre-Ouest	3,80	1,66	247 224,30	0,50	33 969,40	-62,50	28,60
Nord	5,10	3,00	144 660,90	0,58	40 123,20	-13,40	38,30
Ouest	8,40	3,90	198 068,30	0,60	-40 743,90	-23,60	66,60
Nord-Ouest	5,70	2,50	141 168,00	0,52	32 694,00	-2,60	66,10
Sud-Ouest	8,20	7,00	520 374,80	0,98	311 313,80	-0,20	160,70
Centre	9,50	9,80	263 301,50	0,90	68 882,40	4,20	110,00
Moyennes régionales	6,69	5,12	282 121,20	0,68	40 260,50	-30,41	70,78

Au regard du tableau précédent, les CH des régions Centre, Centre-Nord et Sud présentent en apparence une meilleure santé financière que les CH des autres régions. Les valeurs des performances sont élevées pour toutes les dimensions. La région la moins performante est celle du Nord-Est. En général, cette région indique les niveaux les plus faibles en terme des valeurs prises par les mesures de performance. Les autres régions ont des mesures de performance positives plus grandes en terme du nombre de critères. C'est le cas du Sud-Ouest où il y a au moins 5 bons critères de bonne performance.

Après les observations majeures sur la santé financière des CH par région, on peut en conclure que la plupart d'entre eux sont en bonne santé financière. Maintenant, une description approfondie de la santé financière des CH nécessite la prise en compte de facteurs additionnels au-delà de la PRCAS. En effet, la PRCAS doit être décrite

suffisamment après celle effectuée avec les performances financières afin de connaître les comportements individuels de chacune de ces variables. L'illustration en est faite par la région Nord, Sud-Ouest et Centre-Nord qui présentent dans l'ensemble un des niveaux de performance les plus remarquables. Pourtant, ces régions indiquent un niveau faible de mise en œuvre de la PRCAS comparativement aux autres régions. À cet effet, il convient de voir le contexte structurel dans lequel l'effet de la PRCAS est généré. Ainsi, nous verrons successivement la description des attributs du gestionnaires, de l'organisation et du contexte organisationnel.

4.1.3 LES VARIABLES DE CONTEXTE

4.1.3.1 Description des attributs du gestionnaire

TABLEAU XXII - La description des attributs des gestionnaires des CH en 1998

Variables	Distribution des scores	Mode	Moyenne	Écart type
L'âge : l'âge en années du directeur	32 - 40 : 26 (55,3%) 40 - 50 : 17 (36,2%) 50 - 54 : 4 (8,5%)	33,00	40,10	5,99
L'expérience : le nombre d'années d'expérience dans le domaine de la gestion.	1 - 5 : 12 (25,5%) 5 - 10 : 15 (31,9%) 10 - 25 : 20 (42,6%)	5,00	8,40	5,04
L'expertise : l'expertise du directeur en terme de catégorie ou corps d'emploi	0 : 6 (12,8%) 1 : 18 (38,3%) 2 : 23 (48,9%)	- 2	1,36	-
L'éducation : la catégorie du nombre de diplômes en gestion	0 : 10 (21,3%) 1 : 20 (42,6%) 2 : 17 (36,2%)	- 1	1,15	-

Le tableau ci-dessus indique que l'âge moyen des gestionnaires est d'environ 40 ans pour une expérience de plus de huit ans. Près de la moitié des directeurs sont des administrateurs et donc possède l'expertise la plus élevée en matière de gestion hospitalière. Plus de 42% des directeurs ne possèdent qu'un seul diplôme en gestion contre 21,3% qui n'en possèdent pas. Toutefois, plus de 36% possède au moins deux diplômes en gestion. Dans l'ensemble, les gestionnaires disposent d'une expertise qui est susceptible de

leur permettre une bonne gestion. En général, cette expertise est renforcée par une expérience moyenne non négligeable de huit années. L'âge ne saurait être un facteur défavorable car l'âge de la retraite est de 60 ans ou 55 ans soit 30 années de service

4.1.3.2 La description des attributs de l'organisation

TABLEAU XXIII - La description des attributs des organisations hospitalières en 1998

Variables	Distribution des scores	Mode	Moyenne	Écart type
Part des assurés : la part en pourcentage de ressources financières due aux patients assurés dans les ressources propres recouverts effectivement.	0 - 3 : 30 (66,7%) 3 - 6 : 6 (13,3%) 6 - 14 : 9 (20,0%)	0,00	2,83%	3,50
La gamme de services : le nombre de départements chirurgicaux, médico-techniques	3 - 6 : 11 (23,4%) 6 - 10 : 29 (61,7%) 10 - 16 : 7 (14,9%)	8,00	7,32	0,37
La spécialisation : le nombre de postes médico-techniques et chirurgicaux spécialisés	0 : 28 (59,6%) 1 : 6 (12,8%) 2 : 7 (14,9%) 3 : 6 (12,8%)	-	0,81	-
La taille : le nombre d'employés du CH	19 - 50 : 23 (48,9%) 50 - 100 : 14 (29,8%) 100 - 178 : 10 (21,3%)	35,00	63,96	39,72
Les ressources financières 98 (en dizaine de millions de FCFA) : le montant de la subvention publique de l'exercice 1998	1,6 - 2,1 : 16 (34,0%) 2,1 - 4,4 : 18 (38,3%) 4,4 - 5,8 : 13 (27,7%)	2,4 ^{E07}	3,3 ^{E07} (50 769,231 USD)	2,8 ^{E07}
La capacité : le nombre de lits hospitaliers	13 - 65 : 19 (40,5%) 65 - 100 : 16 (34,0%) 100 - 370 : 12 (25,5%)	44,00	80,53	54,56
La conformité technique : le pourcentage de conformité de la dotation en services du CH par rapport au niveau théorique	30 - 64 : 18 (38,3%) 64 - 80 : 12 (25,5%) 80 - 115 : 17 (36,2%)	80,00	67,90%	18,389%
La professionnalisation du personnel soignant : le ratio : effectif de médecins/ effectif des médecins et paramédicaux	0,11 - 0,15 : 10 (21,3%) 0,15 - 0,20 : 23 (48,9%) 0,20 - 0,28 : 14 (29,8%)	0,15	0,17	3,72 ^{E-02}
La professionnalisation du personnel paramédical : le ratio : effectifs paramédicaux spécialisés/effectif total paramédical	00 - 0,06 : 14 (29,8%) 0,06 - 0,11 : 18 (38,3%) 0,11 - 0,21 : 15 (31,9%)	0,08	7,90 ^{E-02}	5,70 ^{E-02}

TABLEAU XXIII - La description des attributs des organisations hospitalières en 1998 (suite)

Variables	Distribution des scores	Mode	Moyenne	Écart type
La professionnalisation du personnel non médical : le ratio : effectif paramédical/l'ensemble des paramédicaux (filles et garçons de salles).	0,39 – 0,51 : 7 (14,9%) 0,51 – 0,70 : 29 (61,7%) 0,70 – 0,86 : 11 (23,4%)	0,71	0,62	0,11
La part de dotation des services du CH dans sa région : le nombre de services du CH/nombres de services de la région	0,03 – 0,10 : 15 (31,9%) 0,10 – 28 : 24 (51,1%) 0,28 – 0,59 : 8 (17,0%)	0,07	0,17	0,12
Le niveau de dotation régionale des services : le ratio : (services hospitaliers régionaux/total services hospitaliers de la CI)/(population régionale/population ivoirienne)	0,73 – 1,04 : 27 (57,4%) 1,04 – 2,12 : 13 (27,7%) 2,12 – 4,68 : 7 (14,9%)	0,73	1,22	0,12
La participation du personnel et de la population à la gestion : le nombre de comités techniques contribuant à la gestion du CH	1 - 3 : 15 (31,9%) 3 - 4 : 19 (40,4%) 4 - 5 : 13 (27,7%)	3,00	3,09	1,18
La dotation en ressources médicales : le ratio : le nombre de lits hospitaliers/effectif du personnel médical	1 - 10 : 6 (12,8%) 10 - 20 : 28 (59,6%) 20 - 35 : 13 (27,6%)	12,5	16,09	7,22
La dotation en ressources paramédicales : le ratio : le nombre de lits hospitaliers/effectif du personnel paramédical	0,32 – 1,31 : 2 (4,3%) 1,31 - 3 : 20 (42,5%) 13 – 6,36 : 25 (53,2%)	3,00	3,29	1,36
L'aisance financière (centaine de mille) : le ratio : le montant de la subvention publique/le nombre de lits hospitaliers	1 - 3 : 14 (29,8%) 3 - 5 : 21 (44,7%) 5 - 7 : 8 (17,0%) 8 - 35 : 4 (8,5%)	250 000	55 4486,50	595 673,30

Dans ce tableau, nous ferons un commentaire que sur les données qui paraissent très caractéristiques de nos CH. La valeur de la contribution des personnes assurées demeure moins que 3%. Pour un bon nombre des CH, ce pourcentage tend vers zéro. La variable spécialisation indique que près de 60% des CH n'ont pas de médecins spécialistes. Seuls 12,8% ont un effectif de 2 médecins spécialistes et plus. En terme de taille, les CH ont en moyenne 64 employés pour environ 80 lits. Les hôpitaux semblent

alors de petites tailles dans l'ensemble. Il y a environ 16 lits par médecins contre moins de quatre (4) lits par personnel paramédical. Mais ces chiffres sont réducteurs de la réalité. En effet, certains médecins et paramédicaux n'interviennent pas en hospitalisation. Par conséquent, les ratios réels sont plus élevés. Au niveau du plateau technique, les CH ont une conformité d'environ 68%. La grande majorité du personnel est non soignant. Cela est illustré par le fait qu'environ 17% constitue le personnel soignant en prenant en compte médecins et paramédicaux.

4.1.3.3 La description des attributs du contexte organisationnel

TABLEAU XXIV - La description des attributs du contexte organisationnel en 1998

Variabiles	Distribution des scores	Mode	Moyenne	Écart type
La densité de la population par district : la population au kilomètre carré	0 : 13 (27,7%) 1 : 24 (51,1%) 2 : 10 (21,3%)	-	1,94	-
L'accessibilité géographique : la distance en kilomètre séparant le chef lieu de région et la ville d'appartenance du CH.	0 : 10 (21,3%) 1 : 25 (53,2%) 2 : 12 (25,5%)	-	0,96	-
Le niveau des activités économiques : le nombre des activités (typologie) économiques pratiquées dans la localité d'appartenance du CH	1 - 8 : 31 (66,0%) 8 - 17 : 12 (25,5%) 17 - 28 : 4 (8,5%)	5,00	7,70	6,50
Le taux de migration nette (TMN): le solde migratoire de la région	-0,80 - 0 : 10 (21,3%) 0 - 1 : 16 (34,0%) 1 - 2,22 : 21 (44,7%)	1,74	0,92	0,98
Les soins préventifs : le taux moyen de soins préventifs dans un district donné. Il est exprimé en pourcentage	19 - 50 : 14 (29,8%) 50 - 60 : 16 (34,0%) 60 - 75 : 27 (36,2%)	55,77	54,23	11,11
La Charge de la Morbidité Globale (CMG) (en millier d'années) : la somme des Années de Vie Corrigées du facteur d'incapacité (AVCI) (Banque Mondiale, 1990)	10 - 50 : 31 (66,0%) 50 - 100 : 7 (14,9%) 100 - 450 : 9 (19,1%)	25 000,00	74 944,98	90 634,47
La dotation régionale en ressource hospitalière (en millier) : le ratio population régionale/CH	100 - 200 : 18 (38,3%) 200 - 250 : 7 (14,9%) 250 - 310 : 22 (46,8%)	276 951,00	229 685,00	59 817,66
La dotation régionale en ressource lits (en centaine) : le ratio population régionale/lit	15 - 25 : 13 (27,7%) 25 - 30 : 22 (46,8%) 30 - 55 : 12 (25,5%)	2 570,00	2 864,49	1 043,08
La dotation régionale en ressource bloc opératoire (bloc chirurgical) (en centaine de milliers) : le ratio population régionale/bloc opératoire	1 - 3 : 12 (25,5%) 3 - 5 : 7 (14,9%) 5 - 7 : 28 (59,6%)	726 997,00	531 200,30	224 227,50
La dotation régionale en ressource laboratoire (centaine de milliers) : le ratio population régionale/laboratoire	1 - 2 : 13 (27,7%) 2 - 4 : 12 (25,5%) 4 - 5 : 22 (46,8%)	581 598,00	385 727,50	183 460,00
La dotation régionale en ressource radiologie (centaine de milliers) : le ratio population régionale/radiologie	2 - 4 : 14 (29,8%) 4 - 6 : 9 (19,1%) 6 - 7 : 24 (51,1%)	726 997,00	540 488,80	222 977,70
La dotation régionale en ressource médicale (en millier) : le ratio population régionale/nombre de médecins	6 - 20 : 27 (36,2%) 20 - 30 : 15 (31,9%) 30 - 52 : 15 (31,9%)	6 455,00	23 279,23	12 906,87
La dotation régionale en ressource infirmière (en millier) : le ratio population régionale/nombre de personnel infirmier	2 - 5 : 17 (36,2%) 4 - 5 : 14 (29,8%) 5 - 11 : 16 (34,0%)	2 640,00	4 853,57	2 164,66
La dotation régionale en ressource sage-femme (en millier) : le ratio population régionale/nombre de personnel sage-femme	1 - 2 : 24 (51,1%) 2 - 4 : 7 (14,9%) 4 - 8 : 16 (34,0%)	1 261,00	2 782,83	1 784,48

La densité de la population est en moyenne de 49 à 79 habitants au kilomètre carré. Le taux net de migration est positif. Cela est conforme à la réputation de la CI d'être une terre d'immigration. La population bénéficie d'un taux de couverture global de 54,2% pour les vaccinations et autres soins préventifs. La Charge de Morbidité Globale est environ de 75 000 années dans la population du bassin de desserte du CH. Il y a en moyenne 229 685 habitants par région et par CH. Les ratios de laboratoire et de radiologie par région sont plus élevés que celui de population régionale par hôpital. Cela veut dire qu'il existe des CH qui ne disposent pas de ces services. Ces CH s'apparentent donc à de grosses formations sanitaires urbaines (FSU). Pour ce qui est du ratio avec les unités de radiologie, il y a lieu de mentionner qu'un CH peut disposer de plusieurs unités de radiologie. Ce qui donnera un ratio certes en faveur de la population en terme de couverture, mais qui mérite de faire plus de discernements.

4.2 LES RÉSULTATS BIVARIÉS : LES MESURES D'ASSOCIATION

4.2.1 ASSOCIATION ENTRE LES VARIABLES INDÉPENDANTES

Au niveau des attributs du contexte avec les dotations régionales en ressources médicales se sont avérées fortement associées avec la dotation régionale en lits ($r = 0,697$); et aussi avec les dotations régionales en ressources infirmières ($r = 0,915$), et sages-femmes ($r = 0,883$) (Cf. Annexe 5, p. xlii). De la même façon, la dotation régionale en ressources hospitalières est fortement corrélée avec les dotations régionales en blocs opératoires ($r = 0,781$), radiologie ($r = 0,850$), et laboratoire ($r = 0,832$). Dans cette optique on a éliminé les dotations régionales en lits, blocs opératoires, laboratoires et radiologies pour ne garder que la dotation régionale en ressources hospitalières dans les analyses multivariées. On a également éliminé les dotations régionales en personnel infirmier, sage-femme pour ne retenir que la dotation régionale en ressources médicales.

Au niveau des attributs de l'organisation, on a remarqué de très fortes associations entre la taille et les ressources financières ($r = 0,753$), la capacité ($r = 0,677$), la gamme de services ($r = 0,843$). On a éliminé ces trois variables pour ne garder que la variable taille.

Enfin quant aux attributs du gestionnaire, on a remarqué une forte association de l'expérience avec l'âge ($r = 0,651$) et l'expertise ($u = 0,681$). Etant donné que l'expertise et l'âge n'ont pas la même force d'association entre elles, on a alors éliminé la variable expérience. Ainsi, les fortes associations entre l'expérience et l'âge ($r = 0,651$) d'une part ; et entre l'expérience et l'expertise ($u = 0,681$) d'autre part ont justifié l'élimination de la variable expérience de nos analyses multivariées.

Dans l'ensemble, les autres associations demeurent soit faibles, soit modestes, de sorte à ne pas être préjudiciables pour d'autres niveaux d'analyses éventuelles.

4.2.2 ASSOCIATION ENTRE LES VARIABLES DE CONTEXTE ET LA PRCAS

Au niveau des attributs du gestionnaire, on ne relève que trois (3) associations significatives avec les dimensions de la PRCAS (Cf. Annexe 5, p. xlii). Il s'agit de la variable formation avec celle de l'éducation ($u = 0,267$) ; du budget médicament et de l'âge ($r = 0,353$) ensuite entre l'intensité de participation et l'âge ($r = -0,321$). Les deux premières associations sont positives tandis que la dernière est négative.

Pour ce qui est des attributs de l'organisation, on dénombre treize (13) associations significatives entre la PRCAS et le contexte. Le budget médicament semble être la dimension la plus importante. Elle seule possède sept (7) des treize (13) associations. Cela confirme l'importance de cette dimension de la PRCAS en tant que support essentiel. Les associations positives sont les suivantes : formation et spécialisation ($s_r = 0,315$), intensité de la participation à la gestion et ressources financières ($r = 0,308$) et aussi avec la conformité technique ($r = 0,271$), intensité de la participation et aisance financière ($r = 0,259$), budget médicament et les variables du taux de migration net ($r = 0,336$), dotation en ressources médicales ($r = 0,306$) et paramédicales ($r = 0,256$).

Les associations négatives sont les suivantes : budget médicament et les variables spécialisation ($s_r = -0,526$), ressources financières ($r = -0,397$), la capacité ($r = -0,281$), la conformité technique ($r = -0,443$), et la professionnalisation du personnel paramédicale ($r = -0,442$), l'investissement et la dotation en ressources paramédicales ($r = -0,246$), l'intéressement du personnel et la participation à la gestion ($r = -0,335$).

En ce qui concerne les attributs du contexte organisationnel, le nombre d'associations significatives s'élève à 20. Les relations les plus fréquentes ont lieu entre l'investissement et les variables du contexte. Plus ces variables sont importantes, plus les investissements le sont également. À cet effet, les associations positives se présentent comme suit : l'investissement et les variables population par hôpital ($r = 0,330$), population par lit ($r = 0,408$), population par laboratoire ($r = 0,281$), population par unité de radiologie ($r = 0,359$), population par médecin ($r = 0,251$), population par personnel infirmier ($r = 0,364$) et population par personnel sage femme ($r = 0,345$), budget médicament et densité de la population ($s_r = 0,382$), intéressement du personnel et accessibilité géographique ($s_r = 0,250$), couverture de la participation et population par unité de radiologie ($r = 0,269$), intensité de la participation et niveau de l'activité économique ($r = 0,316$), score global de la PRCAS et population par unité de radiologie ($r = 0,311$).

Quant aux associations négatives, elles sont les suivantes : formation et les variables population par lit ($r = -0,285$), population par médecin ($r = -0,286$), population par personnel infirmier ($r = -0,253$) population par personnel sage femme ($r = -0,248$), intéressement du personnel et les variables population par hôpital ($r = -0,297$), population par unité de radiologie ($-0,355$), budget médicament et les variables niveau de l'activité économique ($r = -0,474$), charge de morbidité globale ($r = -0,485$).

Dans l'ensemble, on peut constater que le budget médicament et les investissements émergent dans les associations bivariées. En général, plus une variable donnée du contexte structurel augmente, plus l'une ou l'autre de ces deux variables augmente également.

4.2.3 ASSOCIATION ENTRE LA PRCAS ET LA SANTÉ FINANCIÈRE

De ce tableau (Cf. Annexe 5, p. xlii), on constate que seul l'intéressement du personnel est négativement associé à la performance financière. La formation et la couverture de la participation de la population et du personnel à la gestion de l'hôpital ne sont associées à aucune mesure de la performance financière. Il ne semble pas avoir de relation directe entre la couverture de la participation de la population et du personnel à la gestion de l'hôpital et la santé financière de l'hôpital.

Les autres dimensions de la PRCAS ont des liens positifs avec les variables de performance financière. L'investissement est associé avec les variables de liquidité qui sont le Chiffre d'affaires par lit ($r = 0,403$), le coefficient de mobilisation ($r = 0,409$), la variation du chiffre d'affaire par lit ($r = 0,377$), le taux de croissance ($r = 0,377$). L'investissement augmente lorsque la performance financière est en croissance.

Pour ce qui est de l'analyse du niveau global d'implantation de la PRCAS, il est significativement et positivement associé à une mesure de la liquidité qui est le chiffre d'affaires ($r = 0,351$) et sa variation ($r = 0,421$). Le budget médicament est associé également de la même façon avec le chiffre d'affaires ($r = 0,459$) et sa variation ($r = 0,328$).

La relation la plus intéressante est celle de l'intensité de la participation de la population et du personnel à la gestion. En effet, l'intensité de la participation est significativement associée aussi bien aux performances de rentabilité financière que de la liquidité. Ainsi, elle présente des niveaux de corrélation de Pearson à 0,322 avec le rendement de la subvention, de 0,452 avec le chiffre d'affaire par lit et de 0,305 avec la variation du chiffre d'affaires par lit. On peut dire que la santé financière est associée positivement avec l'intensité de la participation de la population et du personnel à la gestion. En d'autres termes, plus il y a de réunions du COGES, mieux la santé financière s'en porte.

4.3 RÉSULTATS MULTIVARIÉS

Il est important de mentionner que pour minimiser les effets de multicolinéarité, on a évité d'introduire dans le même modèle de régression les variables dont les coefficients des mesures d'association sont supérieurs à 0,50.

Une analyse de la variance (ANOVA) effectuée à partir de l'Annexe 6 (p. xlvi) a permis de conclure que la région n'est pas un facteur de différenciation entre les niveaux tant de la PRCAS que de la santé financière des CH. Ainsi, les différences observées en apparence ne sont pas significatives (Cf. Annexe 6, p. xlvi sur ANOVA) statistiquement quant à leurs niveaux régionaux moyens. En outre, à partir de la procédure de contraste de Scheffé, nous

avons effectué toutes les comparaisons possibles pour des effectifs d'échantillons inégaux. Aucune paire, n'a permis de trouver une différence significative entre les régions.

On a vu que dans l'ensemble, la PRCAS connaît une bonne implantation dans tous les CH. Il existe encore de grandes marges de progressions potentielles. Cependant, le bilan de la PRCAS pourrait tenir parfois à des situations quelque peu hasardeuses. En effet, l'implantation dépend beaucoup des ressources humaines. Un gestionnaire qui travaille rigoureusement avec à sa disposition du personnel ayant reçu de la formation améliore le score d'implantation de la PRCAS de l'hôpital. La capacité à mobiliser beaucoup de ressources propres restent en partie liée à la fréquentation du CH. Tous ces facteurs relèvent du contexte. À ce titre, il serait intéressant de voir l'impact du contexte sur l'implantation de la PRCAS. Mais, nous proposons la description de la santé financière avant celle du contexte.

4.3.1 INFLUENCE DU CONTEXTE SUR LA PRCAS

Toutes les variables du contexte sont testées dans le modèle sauf celles trop fortement corrélées entre elles. Tel que mentionné précédemment, les variables suivantes ont été exclues des analyses de régression : Les attributs du gestionnaire- l'expérience du gestionnaire ; Les attributs de l'organisation - la gamme de services, la ressources financière octroyée par l'État, la capacité ; Les attributs du contexte organisationnel - les ratios régionaux de population par personnel infirmier ; par personnel de sage-femme ; par unité de radiologie ; par laboratoire d'analyse médicale ; par bloc opératoire ; par lit.

TABLEAU XXV - Influence du contexte sur le niveau global de la PRCAS et sur chacune des ses dimensions

VARIABLES INDÉPENDANTES	VARIABLE DÉPENDANTES																		
	Formation			Investissement			Intéressement du personnel			Intensité de la participation			Budget médicament			PRCAS			
	b	S.E.	p	b	S.E.	p	b	S.E.	p	b	S.E.	p	b	S.E.	p	b	S.E.	p	
Estimés																			
Spécialisation (C)*	0,949 ⁶	0,385	0,018																
Aisance financière																			
Population par CH				5,628 ^{E-06}	0,000	0,026													
Dotation en ressources médicale																			
Accessibilité (C)*							0,196 ⁸	0,295	0,030										
Participation							-2,236	0,109	0,036										
R ² _{ajusté}				0,103			0,090			0,032			0,081			0,528			0,193

* (C) : indique qu'il s'agit d'une variable catégorielle.

6 Cette variable mesure le fait que le CH ait 2 médecins spécialistes par rapport au fait d'en avoir 3 et plus (spécialisation 3).

7 Cette variable mesure le fait que le CH n'ait aucun médecin spécialiste par rapport au fait d'en avoir 3 et plus (spécialisation 1).

8 Cette variable mesure le fait que le CH se trouve dans un rayon de 100 km du chef de région par rapport au fait d'être dans le chef lieu de région (accessibilité 1).

9 Cette variable mesure le fait que le CH se trouve dans un rayon de 100 km du chef de région par rapport au fait d'être dans le chef lieu de région (accessibilité 1).

On voit que l'impact du contexte sur l'implantation de la PRCAS est résumé dans le tableau XXV (p. 165). La PRCAS ou ses dimensions, ont une relation positive avec les variables spécialisation, aisance financière, ratio régional de population par hôpital et accessibilité géographique (Cf. Figure 3, p. 16). Cette relation est aussi négative avec les variables de la participation de la population et du personnel à la gestion, l'accessibilité géographique et la dotation en ressources médicales (Cf. Figure 4, p. 16). Hormis, la couverture de la participation du personnel et de la population à la gestion, la variation de la PRCAS ou de ses dimensions expliquées par le contexte varie de 8,1% à 52,8%.

Les variables nominales ou ordinales indiquent les interprétations suivantes :

- Les CH qui ont 2 médecins spécialistes ont une bonne formation par rapport à ceux qui en ont trois (3) et plus.
- Les CH qui n'ont aucun médecin spécialiste ont un niveau d'intéressement plus faible que ceux qui ont trois (3) et plus.
- Les CH qui sont situés dans un rayon de 100 km ont une bonne accessibilité par rapport au CH du chef lieu de région.
- Les CH qui sont situés dans un rayon de 100 km ont un plus grand niveau d'intéressement par rapport au CH du chef lieu de région.
- Les CH situés dans un rayon de 100 km font moins de réunions par rapport au CH du chef lieu de région. Ils sont moins décentralisés.
- Les CH qui n'ont pas de médecin spécialiste ont un niveau d'implantation de la PRCAS moins bon que ceux qui en ont trois (3) et plus.

On peut en conclure par exemple que le score global de la PRCAS est expliqué par l'aisance financière et les médecins spécialistes. Plus, ces variables augmentent, plus la PRCAS est bien implantée dans son ensemble. Ces deux variables expliquent 19,35 de la variation du modèle.

4.3.2 INFLUENCE DE LA PRCAS SUR LA SANTÉ FINANCIÈRE

La relation entre la santé financière et la PRCAS est tributaire des dimensions de chacune de ses variables. Au niveau multivarié, on a constaté que la PRCAS peut être expliquée de 10,4% à 49% (Cf. Tableau XXX, p. 170). La variation du chiffre d'affaires par lit ne peut être expliquée uniquement par la PRCAS.

En ce qui concerne la relation entre le degré d'implantation de la PRCAS et la santé financière des hôpitaux, on observe que l'intéressement est un facteur d'affaiblissement de la performance financière. Quant à l'association positive entre la santé financière avec l'investissement de l'hôpital ou l'intensité de la participation du personnel et de la population à la gestion il y a conformité par rapport aux objectifs de la PRCAS. C'est dans cette perspective que le modèle présentant l'association positive entre les investissements, l'intensité et la politique du médicament et la santé financière s'avère important. La politique du médicament et la participation font aussi partie des principes de l'Initiative de Bamako (IB). Il est donc satisfaisant de savoir qu'ils contribuent à l'amélioration de la santé financière en fonction de la capacité hospitalière. Ceci est un des résultats logiques qui confortent l'esprit de l'IB. Enfin, pour le modèle avec coefficient de mobilisation des ressources propres, il y a une association positive entre la santé financière et l'investissement. Cependant, au niveau de la variation du coefficient de mobilisation des ressources additionnelles, aucune dimension de la PRCAS n'explique sa variation dans le temps. Cette variable pourrait ne pas être directement associée aux dimensions de la PRCAS. Il convient alors de chercher dans le contexte d'autres éléments d'explication à cette variable. Le modèle avec le taux de croissance montre que l'investissement est positivement associé à la santé financière.

Il convient également de relever que des dimensions de la PRCAS en terme de formation et de couverture n'expliquent pas la santé financière.

TABLEAU XXVI - Influence du niveau global de la PRCAS sur le chiffre d'affaires par lit et la variation de chiffre d'affaires par lit

VARIABLES INDÉPENDANTES	VARIABLES DÉPENDANTES					
	La variation du chiffre d'affaires par lit (VARCAPL)			Le chiffre d'affaires par lit (CAPL)		
	b	S.E.	p	b	S.E.	p
Score global PRCAS	1571,126	504,680	0,003	79 035,746	735,558	0,015
$R^2_{\text{ajusté}}$	0,104			0,159		

Toutes les variables testées simultanément sont celles de la PRCAS en tant que variables indépendantes et la santé financière comme variable dépendante. La PRCAS explique 10 à 15,9% de la variation du modèle. Dans ces modèles, la variable indépendante est soit le chiffre d'affaires par lit ou la variation du chiffre d'affaires par lit.

4.3.3 INFLUENCE DES DIMENSIONS DE LA PRCAS SUR LA SANTÉ FINANCIÈRE

TABLEAU XXVII - Influence des dimensions de la PRCAS sur la rentabilité globale et sur la rentabilité de la subvention d'exploitation.

VARIABLES INDÉPENDANTES	VARIABLES DÉPENDANTES					
	La rentabilité globale (ROE)			La rentabilité de la subvention d'exploitation (ROOS)		
	b	S.E.	p	b	S.E.	p
Intéressement du personnel	-3,836	1,105	0,001	-4,476	1,304	0,001
$R^2_{\text{ajusté}}$	0,197			0,193		

TABLEAU XXVIII - Influence des dimensions de la PRCAS sur la variation du chiffre d'affaires par lit, le chiffre d'affaire par lit et le coefficient de mobilisation des ressources additionnelle

VARIABLES INDÉPENDANTES	VARIABLES DÉPENDANTES									
	La variation du chiffre d'affaires par lit (CAPL)			Le chiffre d'affaires par lit (CAPL)			Le coefficient de mobilisation de la ressource additionnelle (CMRA)			
	Estimés	b	S.E.	p	b	S.E.	p	b	S.E.	p
Investissement	53 742,668	22 962,805	0,024	79 035,746	19 135,113	0,000	0,172	0,408	0,005	
Intensité de la participation	49 560,686	23 614,551	0,042	49 066,889	19 127,626	0,014				
Budget médicament				48 995,358	19 215,992	0,015				
$R^2_{\text{ajusté}}$	0,185			0,490			0,147			

TABLEAU XXIX - Influence des dimensions de la PRCAS sur le taux de croissance des ressources propres et la variation du coefficient de mobilisation des ressources additionnelles

VARIABLES INDÉPENDANTES	VARIABLES DÉPENDANTES					
	Le taux de croissance des ressources propres (TCRP)			La variation du coefficient de mobilisation de la ressource additionnelle (VARCMRA)		
	b	S.E.	p	b	S.E.	p
Investissement				22,366	8,545	0,012
$R^2_{\text{ajusté}}$	N'explique aucune part de variation.			0,115		

L'influence de la PRCAS sur la santé financière des CH (Cf. Figure 7, p. 195), est résumée dans les tableaux XXVI à XXIX (pp. 168-169). La santé financière des CH a une relation positive avec les variables du niveau global d'implantation de la PRCAS (PRCAS) ou score global de la PRCAS, l'investissement, l'intensité de la participation du personnel et de la population à la gestion de l'hôpital, et le médicament. Cette relation est aussi négative avec la variable intéressement du personnel. La variation de la santé financière expliquée par la PRCAS ou ses dimensions varie de 10,41% à 49%.

Cette analyse de la santé financière par rapport à la PRCAS nous indique qu'il y a une association entre les deux groupes de variables. Or on avait montré que la PRCAS et le contexte sont associés. Il convient de savoir si le contexte est réducteur ou facteur de synergie dans le rapport entre la PRCAS et la santé financière.

4.3.4 INFLUENCE DE LA PRCAS SUR LA SANTÉ FINANCIÈRE DÉPENDAMMENT DU CONTEXTE

L'influence de la PRCAS sur la santé financière des CH dépendamment du contexte, est résumée dans les tableaux XXV à LI (pp. 165-191).

TABLEAU XXX - Influence du contexte sur PRCAS

VARIABLES INDÉPENDANTES	VARIABLES DÉPENDANTES								
	Formation			Investissement			Intéressement du personnel		
Estimés	b	S.E.	p	b	S.E.	p	b	S.E.	p
Spécialisation (C)*	0,949 ¹⁰	0,385	0,018				-1,199	0,293	0,000
Population par CH				5,628 ^{E-06}	0,000	0,026			
Dotation en ressources médicale									
Accessibilité (C)*							0,196 ¹¹	0,295	0,030
Participation							-2,236	0,109	0,036
R ² _{ajusté}	0,103			0,090			0,032		

* (C) : indique qu'il s'agit d'une variable catégorielle.

¹⁰ Cette variable mesure le fait que le CH ait 2 médecins spécialistes par rapport au fait d'en avoir 3 et plus (spécialisation 3).

¹¹ Cette variable mesure le fait que le CH se trouve dans un rayon de 100 km du chef de région par rapport au fait d'être dans le chef lieu de région (accessibilité 1).

TABLEAU XXXI - Influence de la PRCAS sur la rentabilité globale et la rentabilité de la subvention d'exploitation dépendamment du contexte (l'interaction entre le score global de la PRCAS et le contexte)

VARIABLES INDÉPENDANTES		VARIABLES DÉPENDANTES					
		La rentabilité globale (ROE)			La rentabilité de la subvention d'exploitation (ROOS)		
Estimés		b	S.E.	p	b	S.E.	p
Expertise (C)*		7,737 ¹²	3,508	0,000	16,175	0,144	0,000
Interactions avec la PRCAS	Expertise 1 (C)*				0,628	0,144	0,000
R ² _{ajusté}		0,060			0,447		

* (C) : indique qu'il s'agit d'une variable catégorielle.

¹² Cette variable mesure le fait que le CH ait un gestionnaire autre qu'un administrateur ou un attaché administratif par rapport au fait d'avoir un administrateur (expertise 1).

TABLEAU XXXII - Influence de la PRCAS sur la variation du chiffre d'affaires par lit, le coefficient de mobilisation de la ressource additionnelle, le chiffre d'affaires par lit dépendamment du contexte (l'interaction entre le score global de la PRCAS et le contexte

VARIABLES INDÉPENDANTES	VARIABLES DÉPENDANTES												
	La variation de chiffre d'affaires par lit (CAPL)			Le chiffre d'affaires par lit (CAPL)			Le coefficient de mobilisation de la ressource additionnelle (CMRA)						
	b	S.E.	p	b	S.E.	p	b	S.E.	p	p			
Estimés													
Expertise (C)*												0,000	
Aisance financière				0,325		0,031							
Âge													0,002
Accessibilité géographique (C)*													
Charge de morbidité globale	0,621	0,238	0,012	0,590	0,187	0,003							0,001
Score global PRCAS	1458,274	0,144	0,004	79 035,746	735,558	0,015							0,016
Interactions avec la PRCAS	Expertise 1 (C)*			10 485,904	1841,242	0,000							0,000
	Aisance financière			-1,834 ^{E-03}	0,001	0,001							0,003
	Charge de morbidité globale			8,202 ^{E-03}	0,004	0,027							
R ² _{ajusté}	0,255			0,819			0,629						

¹³ Cette variable mesure le fait que le CH ait un gestionnaire autre qu'un administrateur ou un attaché administratif par rapport au fait d'avoir un administrateur (expertise 1).

¹⁴ Cette variable mesure le fait que le CH se trouve dans un rayon de 100 km du chef de région par rapport au fait d'être dans le chef lieu de région (accessibilité 1).

TABLEAU XXXIII - Influence de la PRCAS le taux de croissance des ressources propres et la variation du coefficient de mobilisation dépendamment du contexte (l'interaction entre le score global de la PRCAS et le contexte)

VARIABLES INDÉPENDANTES	VARIABLES DÉPENDANTES					
	Le taux de croissance des ressources propres (TCRP)			La variation du coefficient de mobilisation de la ressource additionnelle (VARCMRA)		
Estimés	b	S.E.	p	b	S.E.	p
Expertise (C)*	56,229 ¹⁵	22,132	0,015	-45,519 ¹⁶	20,829	0,035
Conformité	1,917	0,497	0,000			
Professionalisation du personnel soignant				601,614	181,074	0,002
Âge						
Accessibilité géographique (C)*						
Niveau d'activité économique	-3,883	1,446	0,010			
Population régionale par hôpital				-2,810 ^{E-04}	0,000	0,013
Interaction avec la PRCAS	Expertise			-3,208	0,858	0,001
	CMG**	5,525 ^{E-06}	0,000	0,003		
R ² _{ajusté}	0,352			0,353		

* (C) : variable nominale ou ordinale

** CMG : Charge de Morbidité Globale

Dans ce premier tableau, la santé financière des CH est expliquée aussi bien par des coefficients positifs que négatifs. À cet effet, elle entretient une relation positive avec les variables du degré d'implantation de la PRCAS, l'expertise, la Charge de Morbidité Global (CMG), l'aisance financière, la conformité, la professionnalisation du personnel soignant, les interactions entre la PRCAS et l'expertise, puis la CMG. Cette relation est aussi négative avec les variables de l'accessibilité géographique, le Niveau des Activités Économiques (NIVAE), l'expertise, la population régionale par hôpital, l'interaction entre

¹⁵ Idem que le point (9).

¹⁶ Idem que le point (9).

la PRCAS et l'aisance financière. La variation de la santé financière expliquée par la PRCAS en tenant compte du contexte varie de 06% à 81,9%.

4.3.5 INFLUENCE DE LA PRCAS SUR LA SANTÉ FINANCIÈRE INDÉPENDAMMENT DU CONTEXTE (L'INTERACTION ENTRE LA DIMENSION FORMATION DE LA PRCAS ET LE CONTEXTE)

TABLEAU XXXIV - Influence de la PRCAS sur la rentabilité et la rentabilité globale de la subvention financière dépendamment du contexte (l'interaction entre la dimension formation de la PRCAS et le contexte)

VARIABLES INDÉPENDANTES	VARIABLES DÉPENDANTES					
	La rentabilité globale (ROE)			La rentabilité de la subvention d'exploitation (ROOS)		
Estimés	b	S.E.	p	b	S.E.	p
Expertise (C)*	7,773 ¹⁷	3,565	0,035			
Professionalisation du personnel non médical				-39,374	9,906	0,000
Accessibilité géographique (C)*				-5,639 ¹⁸	2,054	0,009
Interactions avec la formation	Expertise 1 (C)*			-8,357	2,360	0,001
	Accessibilité géographique (C)*			5,547	2,111	0,012
	0,060			0,491		

* C : variable nominale ou ordinale

¹⁷ Cette variable mesure le fait que le CH ait un gestionnaire autre qu'un administrateur ou un attaché administratif par rapport au fait d'avoir un administrateur (expertise 1).

¹⁸ Cette variable mesure le fait que le CH se trouve dans un rayon de 100 km du chef de région par rapport au fait d'être dans le chef lieu de région (accessibilité 1).

TABLEAU XXXV - Influence de la PRCAS sur le chiffre d'affaire par lit, la variation du chiffre d'affaire par lit et le coefficient de mobilisation dépendamment du contexte (l'interaction entre la dimension formation de la PRCAS et le contexte)

VARIABLES INDÉPENDANTES	VARIABLES DÉPENDANTES									
	La variation de chiffre d'affaires par lit (CAPL)			Le chiffre d'affaires par lit (CAPL)			Le coefficient de mobilisation de la ressource additionnelle (CMRA)			
	b	S.E.	p	b	S.E.	p	b	S.E.	p	
Estimés										
Aisance financière				0,249	0,033	0,000	-5,1 ^{E-07}	0,000	0,000	
Taille							0,152	0,002	0,000	
Spécialisation (C)*	-169 538 ¹⁹	46 484,77	0,001							
Accessibilité géographique (C)*				-110 326,1 ²⁰	43 297,749	0,015				
Taux de migration net										
Formation	-70 668,3	32 880,60	0,037	0,226	0,105	0,037	0,152	0,049	0,003	
Charge de morbidité globale				0,770	0,240	0,003				
Taille										
Expertise 1 (C)*							-3,0 ^{E-03}	0,001	0,028	
Aisance financière	7,33 ^{E-02}	0,33	0,031				-0,328	0,103	0,003	
Accessibilité géographique (C)*				121 835,42	38 882,505	0,003				
R ² _{ajusté}		0,241			0,71				0,545	

* (C) : variable nominale ou ordinale

¹⁹ Cette variable mesure le fait que le CH n'ait aucun médecin spécialiste par rapport au fait d'en avoir 3 et plus (spécialisation 1).

²⁰ Cette variable mesure le fait que le CH se trouve dans un rayon de 100 km du chef de région par rapport au fait d'être dans le chef lieu de région (accessibilité 1).

TABLEAU XXXVI - Influence de la PRCAS le taux de croissance des ressources propres et la variation du coefficient de mobilisation dépendamment du contexte (l'interaction entre la dimension formation de la PRCAS et le contexte)

VARIABLES INDÉPENDANTES		VARIABLES DÉPENDANTES					
		Le taux de croissance des ressources propres (TCRP)			La variation du coefficient de mobilisation de la ressource additionnelle (VARCMRA)		
Estimés		b	S.E.	p	b	S.E.	p
Aisance financière					-5,1 ^{E-07}	0,000	0,000
Taille					0,152	0,002	0,000
Taux de migration net					0,152	0,049	0,003
Interactions avec la formation	Expertise 1 (C)*				46,951	16,742	0,007
R ² _{ajusté}		N'est pas expliqué.			0,166		

* C : variable nominale ou ordinale

Dans ce second tableau, la santé financière des CH est aussi expliquée par plusieurs variables entretenant tantôt un lien positif tantôt négatif à partir des coefficients de régression. Ainsi, la santé financière a une relation positive avec les variables, l'expertise, la Charge de Morbidité Global (CMG), l'aisance financière, l'accessibilité géographique, la spécialisation, la formation, la taille et le taux de migration net, les interactions entre la formation et l'expertise, puis l'accessibilité géographique. Cette relation est aussi négative avec les variables de la formation, les interactions entre la formation et la taille ou l'expertise. La variation de la santé financière expliquée par la PRCAS en tenant compte du contexte, varie de 6% à 70,19%. On constate qu'aucune variable n'explique significativement la variable dépendante qui est le taux de croissance en ressource propre. On constate également que la variable indépendante variation du coefficient de mobilisation des ressources additionnelles n'est expliquée que par l'interaction de la formation et de l'expertise du gestionnaire.

Dans le troisième tableau, la santé financière des CH a une relation positive avec les variables expertise, la Charge de Morbidité Global (CMG), la conformité, la spécialisation, l'investissement, la professionnalisation du personnel soignant, les interactions entre la formation avec les variables conformité, aisance financière, expertise et la population régionale par médecin. Cette relation est négative avec les variables de l'accessibilité géographique, la population régionale par hôpital, l'aisance financière, la dotation en ressources médicales, l'interaction entre la formation avec les variables d'accessibilité géographique et la dotation en ressources médicales. La variation de la santé financière expliquée par la PRCAS en tenant compte du contexte varie de 06,5% à 79,6%.

TABLEAU XXXVII - Influence de la PRCAS sur la rentabilité globale et la rentabilité de la subvention dépendamment du contexte (l'interaction entre la dimension investissement de la PRCAS et le contexte)

VARIABLES INDÉPENDANTES		VARIABLES DÉPENDANTES					
		La rentabilité globale (ROE)			La rentabilité de la subvention d'exploitation (ROOS)		
Estimés		b	S.E.	p	b	S.E.	p
Expertise 1 ²¹ (C)*		7,804	3,485	0,030	11,616	2,698	0,000
Conformité					0,134	0,050	0,010
Interaction avec l'investissement	Expertise 1 (C)*				13,298	2,045	0,000
R ² _{ajusté}		0,065			0,601		

* (C) : variable nominale ou ordinale

²¹ Cette variable mesure le fait que le CH ait un gestionnaire autre qu'un administrateur ou un attaché administratif par rapport au fait d'avoir un administrateur (expertise 1).

TABLEAU XXXVIII - Influence de la PRCAS sur la variation du chiffre d'affaire par lit, le chiffre d'affaire par lit et le coefficient de mobilisation des ressources additionnelles dépendamment du contexte (l'interaction entre la dimension investissement de la PRCAS et le contexte)

VARIABLES INDÉPENDANTES	VARIABLES DÉPENDANTES									
	La variation de chiffre d'affaires par lit (CAPL)			La variation de chiffre d'affaires par lit (CAPL)			Le coefficient de mobilisation de la ressource additionnelle (CMRA)			
	b	S.E.	p	b	S.E.	p	b	S.E.	p	
Estimés										
Aisance financière				0,253	0,27	0,000	3,220 ^{E-07}	0,000	0,000	
Dotation en ressources médicales							-1,456 ^{E-02}	0,006	0,018	
Spécialisation I ²² (C)*	-116 882	3640,59	0,003							
Accessibilité géographique I ²³ (C)*				-103 259,1	35 826,426	0,006	-0,214	0,082	0,013	
Charge de morbidité globale				0,732	0,198	0,001	1,483 ^{E-06}	0,000	0,002	
Investissement				77 094,194	23 061,237	0,002				
Dotation en ressources médicales	-4835,307	2279,904	0,040							
Expertise I ²⁴ (C)*				103 761,49	42 661,753	0,020	0,562	0,083	0,000	
Aisance financière	0,241	0,087	0,008							
Accessibilité géographique I ²⁵ (C)*				96 916,108	36 848,840	0,012				
R ² _{ajusté}		0,493			0,796				0,662	

22

Cette variable mesure le fait que le CH n'ait aucun médecin spécialiste par rapport au fait d'en avoir 3 et plus (spécialisation 1).

23

Cette variable mesure le fait que le CH se trouve dans un rayon de 100 km du chef de région par rapport au fait d'être dans le chef lieu de région (accessibilité 1).

24

Cette variable mesure le fait que le CH ait un gestionnaire autre qu'un administrateur ou un attaché administratif par rapport au fait d'avoir un administrateur (expertise 1).

25

Cette variable mesure le fait que le CH se trouve dans un rayon de 100 km du chef de région par rapport au fait d'être dans le chef lieu de région (accessibilité 1).

TABLEAU XXXIX - Influence de la PRCAS sur le taux de croissance des ressources propres et la variation du coefficient de mobilisation des ressources additionnelles dépendamment du contexte (l'interaction entre la dimension investissement de la PRCAS et le contexte)

VARIABLES INDÉPENDANTES	VARIABLES DÉPENDANTES						
	Le taux de croissance des ressources propres (TCRP)			La variation du coefficient de mobilisation de la ressource additionnelle (VARCMRA)			
Estimés	b	S.E.	p	b	S.E.	p	
Expertise (C)*	61,528	18,802	0,002				
Aisance financière	-2,2 ^{E-05}	0,000	0,047				
Conformité							
Professionalisation du personnel soignant	653,499	170,939	0,000	344,763	126,261	0,009	
Âge							
Accessibilité géographique (C)*							
Charge de morbidité globale							
Spécialisation 2 ²⁶ (C)*	80,623	18,753	0,000				
Population régionale par médecin				-3,424 ^{E-04}	0,000	0,000	
Population régionale par hôpital							
Interaction avec l'investissement	Conformité	1,004	0,418	0,021			
	Population régionale par médecin				5,636 ^{E-04}	0,000	0,071
	Expertise 1 ²⁷ (C)*				-75,719	14,369	0,000
R ² _{ajusté}	0,548			0,665			

* (C) : variable nominale ou ordinale

²⁶ Cette variable mesure le fait que le CH a un médecin spécialiste par rapport au fait d'en avoir 3 et plus (spécialisation 2).

²⁷ Cette variable mesure le fait que le CH ait un gestionnaire autre qu'un administrateur ou un attaché administratif par rapport au fait d'avoir un administrateur (expertise 1).

4.3.6 INFLUENCE DE LA PRCAS SUR LA SANTÉ FINANCIÈRE INDÉPENDAMMENT DU CONTEXTE (L'INTERACTION ENTRE LA DIMENSION INTÉRESSEMENT DU PERSONNEL DE LA PRCAS ET LE CONTEXTE)

Dans le quatrième tableau, la santé financière des CH a une relation positive avec les variables, taille, spécialisation, la Charge de Morbidité Globale (CMG), la conformité, la professionnalisation du personnel soignant, les interactions entre l'intéressement du personnel avec les variables Charge de Morbidité Globale (CMG), le Niveau des Activités Économiques (NIVAE), l'expertise, l'aisance financière et la dotation en ressources médicales. Cette relation est aussi négative avec les variables de l'intéressement du personnel, de la spécialisation, la professionnalisation du personnel non médical et la dotation en ressource médicale. La variation de la santé financière expliquée par la PRCAS en tenant compte du contexte varie de 22,8% à 67,1%.

TABLEAU XL - Influence de la PRCAS sur la rentabilité globale et la rentabilité de la subvention dépendamment du contexte (l'interaction entre la dimension intéressement du personnel de la PRCAS et le contexte)

VARIABLES INDÉPENDANTES	VARIABLES DÉPENDANTES					
	La rentabilité globale (ROE)			La rentabilité de la subvention d'exploitation (ROOS)		
Estimés	b	S.E.	p	b	S.E.	p
Expertise (C)*						
Professionnalisation du personnel non médical				-27,883	9,171	0,004
conformité				0,118	0,052	0,029
Intéressement du personnel	-8,469	1,850	0,000			
Interactions avec l'intéressement du personnel PRCAS	Expertise 1 (C)*			-10,914	2,460	0,000
	Expertise 2 (C)*	7,011	2,236	0,003		
$R^2_{\text{ajusté}}$	0,309			0,447		

* (C) : variable nominale ou ordinale

TABLEAU XLJ - Influence de la PRCAS sur la variation du chiffre d'affaires par lit, le chiffre d'affaire par lit et le coefficient de mobilisation de ressources additionnelles dépendamment du contexte (l'interaction entre la dimension intéressement du personnel de la PRCAS et le contexte)

VARIABLES INDÉPENDANTES	VARIABLES DÉPENDANTES											
	La variation de chiffre d'affaires par lit (CAPL)					La variation de chiffre d'affaires par lit (CAPL)					Le coefficient de mobilisation de la ressource additionnelle (CMRA)	
	b	S.E.	p	b	S.E.	p	b	S.E.	p	b	S.E.	p
Estimés												
Aisance financière				0,175	0,040	0,000						
Taille				2442,556	551,005	0,000						
Spécialisation 1 ²⁸ (C)*	-177 079	0,520	0,000									
Dotation en ressources médicales				6799,354	3217,573	0,041						
Intéressement du personnel		-60 347,9	30 776,44	0,056								
Charge de morbidité									2,62 ^{E-06}	0,000	0,000	0,000
Interactions avec l'intéressement du personnel PRCAS	Expertise 2 (C)*								0,394	0,000	0,001	
	Aisance financière	9,11 ^{E-02}	0,045	0,049								
	Dotation en ressources médicales								-2,2 ^{E-02}	0,000	0,019	0,019
R ² _{ajusté}		0,228			0,671					0,396		

* (C) : variable nominale ou ordinale

28 Cette variable mesure le fait que le CH n'ait aucun médecin spécialiste par rapport au fait d'en avoir 3 et plus (spécialisation 1).

4.3.6.1 Influence de la PRCAS sur la santé financière indépendamment du contexte (l'interaction entre la dimension intéressement du personnel de la PRCAS et le contexte)

TABLEAU XLII - Influence de la PRCAS sur le taux de croissance des ressources propres et la variation du coefficient de ressources additionnelles dépendamment du contexte (l'interaction entre la dimension intéressement du personnel de la PRCAS et le contexte)

VARIABLES INDÉPENDANTES		VARIABLES DÉPENDANTES					
		Le taux de croissance des ressources propres (TCRP)			La variation du coefficient de mobilisation de la ressource additionnelle (VARCMRA)		
Estimés		b	S.E.	p	b	S.E.	p
Professionnalisation du personnel soignant		610,801	184,905	0,000			
Spécialisation 2 ²⁹ (C)*		93,818	21,017	0,000			
Population régionale par hôpital					-3,6 ^{E-04}	0,000	0,002
Intéressement du personnel		68,288	17,268	0,000	-117,157	24,907	0,000
Interaction avec l'intéressement du personnel PRCAS	Expertise 2 (C)*	34,920	17,033	0,047			
	Dotation en ressources médicales				4,847	1,171	0,000
	Charge de morbidité globale	5,62 ^{e-04}	0,000	0,001			
	Niveau d'activité économique				6,818	1,475	0,000
R ² _{ajusté}		0,473			0,440		

*(C) : variable nominale

²⁹ Cette variable mesure le fait que le CH a un médecin spécialiste par rapport au fait d'en avoir 3 et plus (spécialisation 2).

4.3.7 INFLUENCE DE LA PRCAS SUR LA SANTÉ FINANCIÈRE INDÉPENDAMMENT DU CONTEXTE (L'INTERACTION ENTRE LA DIMENSION COUVERTURE DE LA PARTICIPATION DE LA POPULATION ET DU PERSONNEL À LA GESTION DE LA PRCAS ET LE CONTEXTE)

Dans le cinquième tableau, la santé financière des CH a une relation positive avec les variables, l'expertise, l'accessibilité géographique, l'aisance financière, la conformité, la spécialisation, la taille, le taux de migration net (TMN), la professionnalisation du personnel soignant. Cette relation est aussi négative avec les variables de la professionnalisation du personnel non médical, la dotation en ressources paramédicales, la population régionale par hôpital et l'aisance financière. La variation de la santé financière expliquée par la PRCAS en tenant compte du contexte varie de 06% à 68,8%. Il est important de mentionner, qu'aucune variable du contexte n'interagit avec la variable couverture de la participation du personnel et de la population à la gestion. Ainsi, ces variables influencent directement la santé financière du CH.

TABLEAU XLIII - Influence de la PRCAS sur la rentabilité globale et la rentabilité de la subvention dépendamment du contexte (l'interaction entre la dimension couverture de la participation de la population et du personnel à la gestion de la PRCAS et le contexte)

VARIABLES INDÉPENDANTES	VARIABLES DÉPENDANTES					
	La rentabilité globale (ROE)			La rentabilité de la subvention d'exploitation (ROOS)		
Estimés	b	S.E.	p	b	S.E.	p
Expertise I ³⁰ (C)*	12,115	5,628	0,037			
Professionnalisation du personnel non médical				-35,296	11,936	0,005
Accessibilité géographique I ³¹ (C)*				-5,372	2,524	0,039
R ² _{ajusté}	0,060			0,224		

* (C) : variable nominale ou ordinale

³⁰ Cette variable mesure le fait que le CH ait un gestionnaire autre qu'un administrateur ou un attaché administratif par rapport au fait d'avoir un administrateur (expertise 1).

³¹ Cette variable mesure le fait que le CH se trouve dans un rayon de 100 km du chef de région par rapport au fait d'être dans le chef lieu de région (accessibilité 1).

TABLEAU XLIV - Influence de la PRCAS sur la variation du chiffre d'affaires par lit, le chiffre d'affaires par lit et le coefficient de mobilisation de ressources additionnelles dépendamment du contexte (l'interaction entre la dimension couverture de la participation de la population et du personnel à la gestion de la PRCAS et le contexte)

VARIABLES INDÉPENDANTES	VARIABLES DÉPENDANTES								
	La variation de chiffre d'affaires par lit (CAPL)			Le chiffre d'affaires par lit (CAPL)			Le coefficient de mobilisation de la ressource additionnelle (CMRA)		
Estimés	b	S.E.	P	b	S.E.	P	b	S.E.	P
Aisance financière				0,134	0,043	0,003	-4,5 ^{E-07}	0,000	0,000
Taille				2775,179	543,529	0,000	6,86 ^{E-03}	0,002	0,001
Spécialisation 1 ³² (C)*	-151,615	45 845,66	0,002						
Taux de migration net				59 869,92	22 476,06	0,011	0,173	0,056	0,004
Dotation en ressources paramédicales				-36 423,5	17 534,02	0,044			
R ² _{ajusté}	0,166			0,688			0,435		

* (C) : variable nominale ou ordinale

³² Cette variable mesure le fait que le CH n'ait aucun médecin spécialiste par rapport au fait d'en avoir 3 et plus (spécialisation 1).

TABLEAU XLV - Influence de la PRCAS sur le taux de croissance des ressources propres et la variation du coefficient de mobilisation des ressources additionnelles dépendamment du contexte (l'interaction entre la dimension couverture de la participation de la population et du personnel à la gestion de la PRCAS et le contexte)

VARIABLES INDÉPENDANTES	VARIABLES DÉPENDANTES					
	Le taux de croissance des ressources propres (TCRP)			La variation du coefficient de mobilisation des ressources additionnelles (VARCMRA)		
Estimés	b	S.E.	p	b	S.E.	p
Expertise 1 ³³ (C)*	69,172	24,687	0,008			
Professionnalisation du personnel soignant	528,512	220,269	0,021	440,477	197,971	0,031
Spécialisation 2 ³⁴	77,293	24,140	0,003			
Population régionale par hôpital				-3,2 ^{E-04}	0,000	0,012
R ² _{ajusté}	0,243			0,168		

* (C) : variable nominale ou ordinale

4.3.8 INFLUENCE DE LA PRCAS SUR LA SANTÉ FINANCIÈRE INDÉPENDamment DU CONTEXTE (L'INTERACTION ENTRE LA DIMENSION INTENSITÉ DE LA PARTICIPATION DE LA POPULATION ET DU PERSONNEL À LA GESTION DE LA PRCAS ET LE CONTEXTE)

Dans le sixième tableau, la santé financière des CH a une relation positive avec les variables intensité de la participation du personnel et de la population à la gestion, l'expertise, la Charge de Morbidité Global (CMG), spécialisation, la participation de la population et du personnel à la gestion du CH, le taux de migration nette, la professionnalisation du personnel soignant, les interactions entre l'intensité de la participation du personnel et de la population à la gestion avec l'expertise, puis l'aisance financière. Cette relation est négative avec les variables de densité de la population, la

³³ Cette variable mesure le fait que le CH ait un gestionnaire autre qu'un administrateur ou un attaché administratif par rapport au fait d'avoir un administrateur (expertise 1).

³⁴ Cette variable mesure le fait que le CH a un médecin spécialiste par rapport au fait d'en avoir 3 et plus (spécialisation 2).

professionnalisation du personnel non médical, la population régionale par hôpital, les interactions entre l'intensité de la participation du personnel et de la population à la gestion avec la variable dotation en ressources médicales. La variation de la santé financière expliquée par la PRCAS en tenant compte du contexte varie de 24,7% à 75,8%.

TABLEAU XLVI - Influence de la PRCAS sur la rentabilité globale et la rentabilité de la subvention dépendamment du contexte (l'interaction entre la dimension intensité de la participation de la population et du personnel à la gestion de la PRCAS et le contexte)

VARIABLES INDÉPENDANTES		VARIABLES DÉPENDANTES					
		La rentabilité globale (ROE)			La rentabilité de la subvention d'exploitation (ROOS)		
Estimés		b	S.E.	p	b	S.E.	p
Expertise 1 ³⁵ (C)*		6,708	3,140	0,038	9,913	3,181	0,003
Interactions avec l'intensité et le contexte	Expertise 1 (C)*	8,329	2,717	0,004	11,756	2,73	0,000
R ² _{ajusté}		0,248			0,438		

* (C) : variable nominale ou ordinale

³⁵ Cette variable mesure le fait que le CH ait un gestionnaire autre qu'un administrateur ou un attaché administratif par rapport au fait d'avoir un administrateur (expertise 1).

TABLEAU XLVII - Influence de la PRCAS sur la variation du chiffre d'affaire par lit, le chiffre d'affaire par lit et le coefficient de mobilisation des ressources additionnelles dépendamment du contexte (l'interaction entre la dimension intensité de la participation de la population et du personnel à la gestion de la PRCAS et le contexte)

VARIABLES INDÉPENDANTES	VARIABLES DÉPENDANTES									
	La variation de chiffre d'affaires par lit (CAPL)			La variation de chiffre d'affaires par lit (CAPL)			Le coefficient de mobilisation des ressources additionnelles (CMRA)			
	b	S.E.	p	b	S.E.	p	b	S.E.	p	
Estimés										
Aisance financière				0,226	0,034	0,000				
Assurés	-22 069,000	5799,957	0,000							
Spécialisation 2 ³⁶ (C)*										
Densité 2 ³⁷ (C)*	-113 838,000	37 056,18	0,004							
Charge de morbidité globale (CMG)	1,321	0,231	0,000	1,342	0,226	0,000	2,2 ^{E-06}	0,000	0,000	0,000
Interaction avec l'intensité et le contexte	Dotation en ressources médicales	-6265,477	2678,034	0,025						
	Expertise 1 (C)*				146 212,7	47 076,64	0,003	0,270	0,000	0,040
	Aisance financière							614,851	0,000	0,007
	Charge de morbidité globale				0,591	0,239	0,018			
R ² _{ajusté}		0,509			0,758				0,434	

* (C) : variable nominale ou ordinale

³⁶ Cette variable mesure le fait que le CH n'ait aucun médecin spécialiste par rapport au fait d'en avoir 3 et plus (spécialisation 2).

³⁷ Cette variable mesure le fait que le CH se trouve dans une population ayant une densité de 40 à 79 habitant au km² par rapport à plus de 79 habitants au km² (densité 2).

TABLEAU XLVIII - Influence de la PRCAS sur le taux de croissance des ressources propres et la variation du coefficient de mobilisation des ressources additionnelles dépendamment du contexte (l'interaction entre la dimension intensité de la participation de la population et du personnel à la gestion de la PRCAS et le contexte)

VARIABLES INDÉPENDANTES		VARIABLES DÉPENDANTES					
		Le taux de croissance des ressources propres (TCRP)			La variation du coefficient de mobilisation des ressources additionnelles (VARCMRA)		
Estimés		b	S.E.	P	b	S.E.	P
Expertise 1 ³⁸ (C)*		60,648	0,000	0,008			
Professionnalisation du personnel non médical					-446 732,600	194 303,190	0,027
Professionnalisation du personnel soignant		481,973	0,000	0,019			
Dotation en ressources paramédicales					57 593,993	15 496,672	0,001
Spécialisation 2 ³⁹ (C)*		614,851	0,000	0,001			
Taux de migration net					49 109,857	17 943,520	0,009
intensité de la participation de la population et du personnel à la gestion					16,035	0,000	0,001
Population régionale par hôpital					-4,9 ^{E-04}	0,000	0,000
Interactions avec l'intensité et le contexte	Dotation en ressources médicales				-2,228	0,000	0,048
	Expertise 1 (C)*	51,628	0,000	0,008			
	Aisance financière						
	Charge de morbidité globale						
R ² _{ajusté}		0,381			0,247		

* (C) : variable nominale ou ordinale

³⁸ Cette variable mesure le fait que le CH ait un gestionnaire autre qu'un administrateur ou un attaché administratif par rapport au fait d'avoir un administrateur (expertise 1).

³⁹ Cette variable mesure le fait que le CH a un médecin spécialiste par rapport au fait d'en avoir 3 et plus (spécialisation 2).

4.3.9 INFLUENCE DE LA PRCAS SUR LA SANTÉ FINANCIÈRE DÉPENDAMMENT DU CONTEXTE (L'INTERACTION ENTRE LA DIMENSION BUDGET DU MÉDICAMENT DE LA PRCAS ET LE CONTEXTE)

TABLEAU XLIX - Influence de la PRCAS sur la rentabilité globale et la rentabilité de la subvention d'exploitation dépendamment du contexte (l'interaction entre la dimension budget du médicament de la PRCAS et le contexte)

VARIABLES INDÉPENDANTES		VARIABLES DÉPENDANTES					
		La rentabilité globale (ROE)			La rentabilité de la subvention d'exploitation (ROOS)		
Estimés		b	S.E.	p	b	S.E.	p
Expertise 1 ⁴⁰ (C)*		9,454	3,056	0,004	14,357	3,368	0,000
Aisance financière		-1,3 ^{E-05}	0,000	0,004	-1,1 ^{E-05}	0,000	0,024
Âge					-0,487	0,175	0,008
Professionnalisation du personnel non médical					-23,365	11,116	0,042
Conformité					0,165	0,060	0,009
budget du médicament		8,300	2,019	0,000	4,364	1,767	0,018
Charge de morbidité globale							
Interactions avec la PRCAS	Expertise 1 (C)*				11,678	4,219	0,009
Interactions avec le budget médicament	Charge de morbidité globale	-4,8 ^{E-05}	0,000	0,009			
R ² _{ajusté}		0,308			0,546		

* (C) : variable nominale ou ordinale

⁴⁰ Cette variable mesure le fait que le CH ait un gestionnaire autre qu'un administrateur ou un attaché administratif par rapport au fait d'avoir un administrateur (expertise 1).

TABLEAU - Influence de la PRCAS sur la variation du chiffre d'affaires par lit, le chiffre d'affaires par lit et le coefficient de mobilisation des ressources additionnelles dépendamment du contexte (l'interaction entre la dimension budget du médicament de la PRCAS et le contexte)

VARIABLES INDÉPENDANTES	VARIABLES DÉPENDANTES												
	La variation de chiffre d'affaires par lit (CAPL)				Le chiffre d'affaires par lit (CAPL)				Le coefficient de mobilisation des ressources additionnelles (CMRA)				
	b	S.E.	P		b	S.E.	P		b	S.E.	P		
Estimés													
Expertise 1 ⁴¹ (C)*													
Aisance financière													
Âge													
Spécialisation 1 ⁴² (C)*	-164 866	42 709,15	0,000										
Conformité													
Budget du médicament					78 657,49	29 378,62	0,000						
Charge de morbidité globale					0,825	0,226	0,001						
Interactions avec le budget médicament	0,926	0,353	0,012										
R ² _{ajusté}		0,344				0,370							0,542

* C : variable nominale ou ordinale

41 Cette variable mesure le fait que le CH ait un gestionnaire autre qu'un administrateur ou un attaché administratif par rapport au fait d'avoir un administrateur (expertise 1).

42 Cette variable mesure le fait que le CH n'ait aucun médecin spécialiste par rapport au fait d'en avoir 3 et plus (spécialisation 1).

TABLEAU LI - Influence de la PRCAS sur le taux de croissance des ressources propres et la variation du coefficient de mobilisation des ressources additionnelles dépendamment du contexte (l'interaction entre la dimension budget du médicament de la PRCAS et le contexte)

VARIABLES INDÉPENDANTES		VARIABLES DÉPENDANTES					
		Le taux de croissance des ressources propres (TCRP)			La variation du coefficient de mobilisation de la ressource additionnelle (VARCMRA)		
Estimés		b	S.E.	P	b	S.E.	p
Expertise 1 ⁴³ (C)*		59,963	21,491	0,008			
Conformité		1,910	0,442	0,000			
Interactions avec le budget médicament	Expertise 1 (C)*				78,006	30,613	0,014
	Charge de morbidité globale	4,69 ^{E-04}	0,000	0,001			
R ² _{ajusté}		0,378			0,114		

*C : variable nominale ou ordinale

Dans le septième tableau, la santé financière des CH a une relation positive avec les variables le budget médicament, l'expertise, la spécialisation, l'aisance financière, la conformité, les interactions entre le budget médicament et l'expertise, puis la Charge de Morbidité Global (CMG). Cette relation est négative avec les variables de la professionnalisation du personnel non médical, l'âge, l'aisance financière, l'interaction entre le budget médicament et la Charge de Morbidité Global (CMG). La variation de la santé financière expliquée par la PRCAS en tenant compte du contexte varie de 11,4% à 56%.

En somme, l'influence de la PRCAS sur la santé financière des CH dépendamment du contexte, résumée dans les sept (7) tableaux, met un accent sur le contexte d'implantation de la PRCAS. L'une des caractéristiques de ce phénomène est la

⁴³ Cette variable mesure le fait que le CH ait un gestionnaire autre qu'un administrateur ou un attaché administratif par rapport au fait d'avoir un administrateur (expertise 1).

bonification de la part de variance expliquée par les variables indépendantes. En outre, l'analyse de la qualité d'ajustement des différents modèles, par les résidus internes et externes, les individus aberrants par rapport au profil de corrélation du modèle, à l'influence sur la valeur prédite, sur l'origine et les coefficients de régression du modèle et sur l'ensemble des individus du modèle, a été effectuée. Cela a fait ressortir de façon stable 4 individus aberrants. Ces individus ont été maintenus dans les analyses pour des raisons conceptuelles et de validité avérées par les observations effectuées. C'est le cas d'un CH supposément général, et donc les caractéristiques organisationnelles s'avèrent atypique. On peut citer l'exemple d'un CH général disposant d'un budget dont le montant qui va du simple au double de celui d'un CH régional. Cette situation est aberrante mais, elle n'en demeure pas moins une réalité.

Après les différentes analyses des variables, on peut élaborer le modèle final à partir des résultats obtenus. Ainsi, on constate que le degré d'implantation de la PRCAS est quasi stable en terme de critère de bonne implantation (Cf. Figure 6, p. 194). Pourtant, nous observons une assez grande diversité dans les critères de performance financière. Il y a lieu de voir l'impact du degré d'implantation de la PRCAS sur la santé financière (Cf. Figure 7, p. 195). Ensuite, il conviendra de tenir compte des effets des variables contextuelles (Cf. Figures 8 à 14, pp. 197-203).

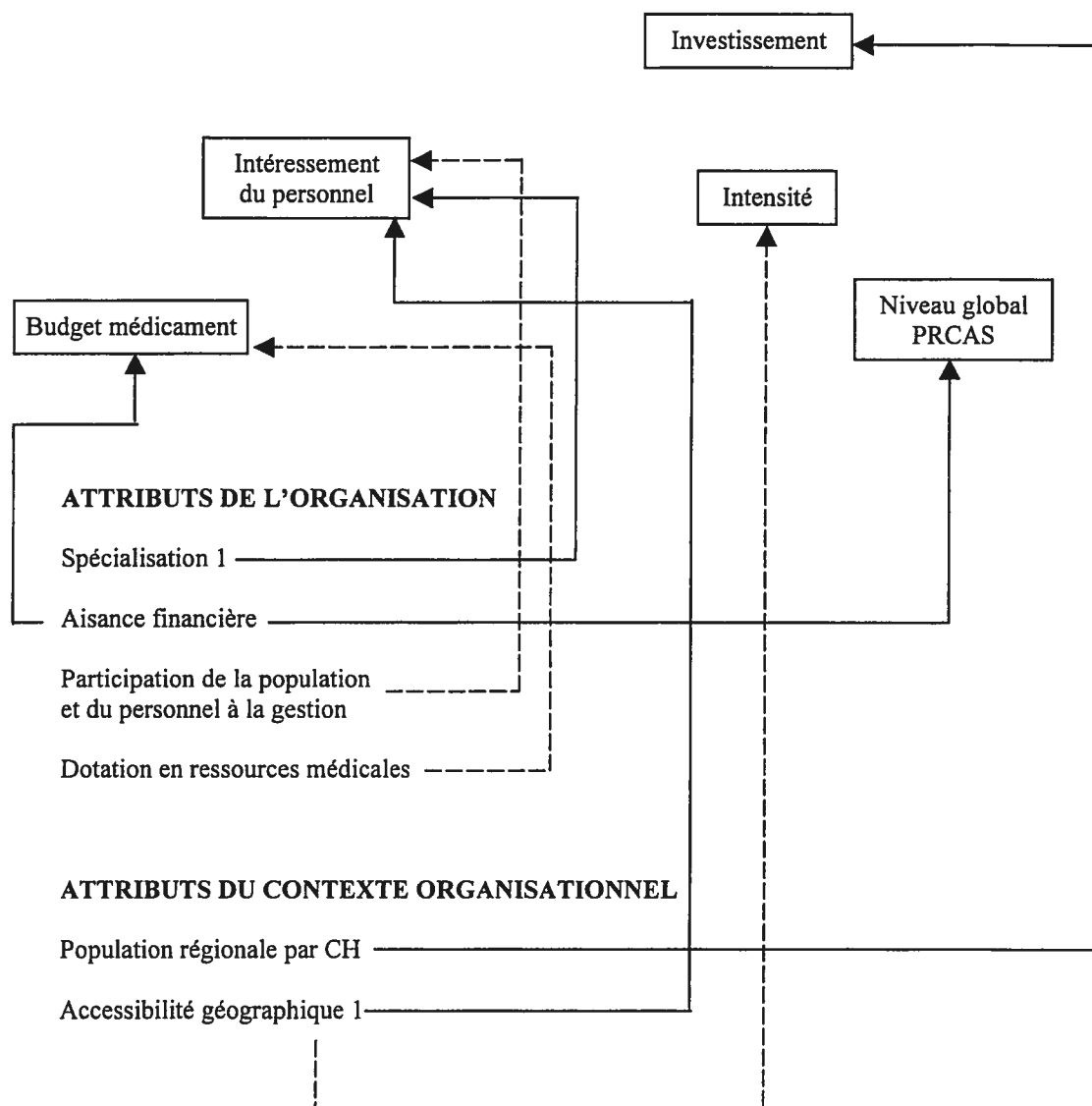
Finalement, on constate qu'au niveau univarié, la santé financière se comporte différemment selon ses dimensions qui sont la rentabilité globale, la rentabilité des subventions d'exploitation, la variation du rendement du chiffre d'affaires par lit, le rendement du chiffre d'affaires par lit, le coefficient de mobilisation des ressources additionnelles, la variation du coefficient de mobilisation des ressources additionnelles, le taux de croissance des ressources propres. En général, les CH jouissent d'une bonne santé financière pour la plupart.

Pour ce qui est des dimensions de la PRCAS, dans l'ensemble, le résultat d'implantation est de niveau moyen. Ce résultat est identique à celui des experts.

La PRCAS a permis aux CH d'améliorer leur santé financière. On sait aussi que la PRCAS est influencée par des variables du contexte. La prise en compte de facteurs du contexte structurel accroît la compréhension de la santé financière des CH.

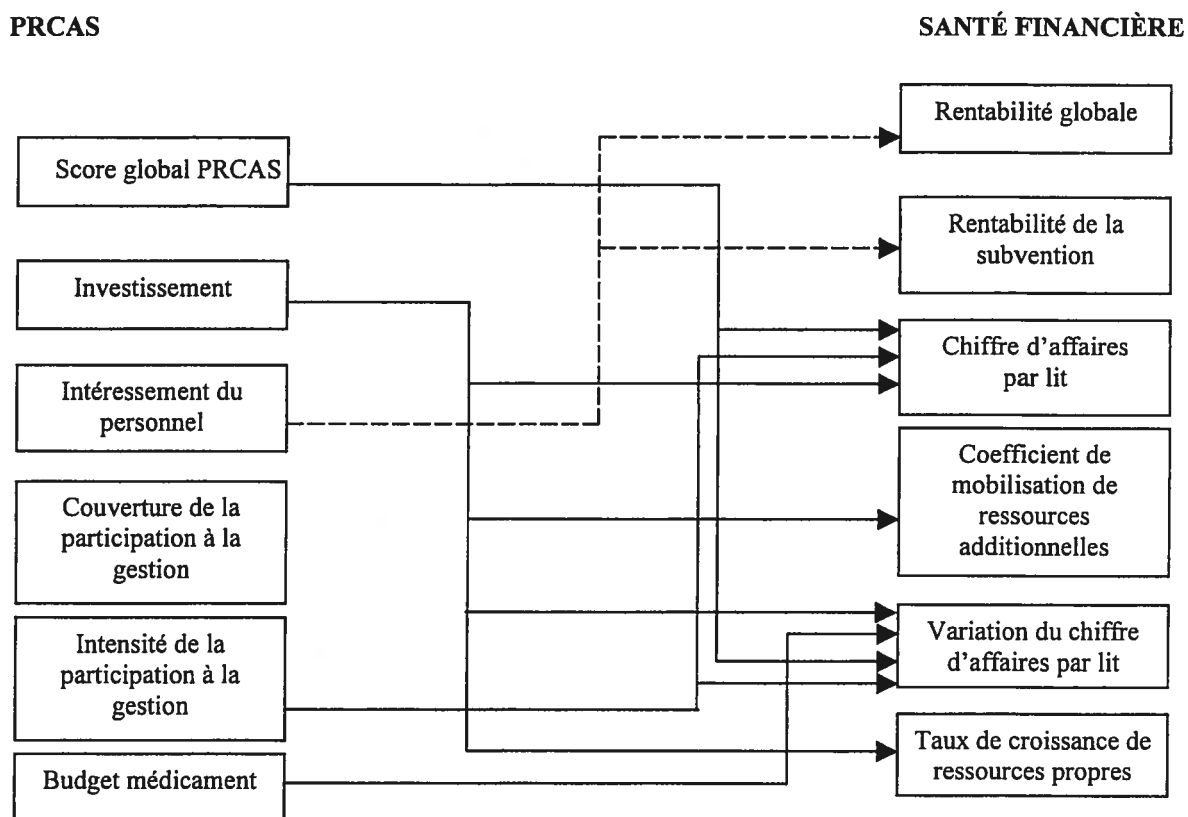
Il convient de souligner que dans nos modèles définitifs, les liens positifs sont indiqués en traits continus tandis que les associations négatives sont mentionnées en trait discontinu.

FIGURE 6 - Le modèle final de l'influence du contexte sur la PRCAS et/ou sur ses dimensions



La caractéristique du modèle précédent est que si dans l'ensemble, le niveau global de la PRCAS est influencé par le contexte, il n'en demeure pas moins que des informations plus détaillées apparaissent quand l'on considère les dimensions spécifiques. Ainsi, on observe qu'en dehors de la formation et la couverture de la participation à la gestion du CH, toutes les dimensions sont influencées par le contexte.

FIGURE 7 - Le modèle final de l'influence de la PRCAS sur la santé financière



Le modèle (Cf. Figure 7, p. 192) indique que la variation du coefficient de mobilisation des ressources additionnelles n'est pas influencée par ni la PRCAS ni aucune de ses dimensions. En général, les associations sont positives. Cependant, le modèle présente un effet paradoxal de l'intéressement du personnel comme facteur d'affaiblissement de la santé financière des CH. En tenant compte des données on peut opter pour l'interprétation suivante :

Dans ce modèle final, on obtient un résultat où six dimensions sur sept de la santé financière sont expliquées par 4 dimensions sur 6 de la PRCAS. A ces dernières, s'ajoute le niveau global d'implantation mesurée par le score global de la PRCAS, pouvant être une variable explicative d'une dimension de la santé financière. Les parts de variation expliquée par de 10,4% à 49,0%. En d'autres termes, 71,4% des variables de la PRCAS expliquent 85,7% de la dimension de la PRCAS. Et ce dans les proportions données par les variations expliquées.

Le présent commentaire concerne les sept modèles qui tiennent compte du contexte. Les principales observations sont le fait que le contexte n'agit pas toujours en interaction. Il peut influencer directement la santé financière du CH. En général, la plupart des associations demeure positives entre la santé financière et les variables du contexte. Enfin, il faut souligner que la variable couverture de la participation à la gestion est en dehors de cette influence. Elle ne semble pas expliquer la santé financière du CH. A la lumière de ce bref commentaire, nous allons présenter les différents modèles de l'objectif #4 de notre recherche.

FIGURE 8 - Le modèle final de l'influence de la PRCAS sur la santé financière dépendamment du contexte : en considérant la dimension score globale de la PRCAS

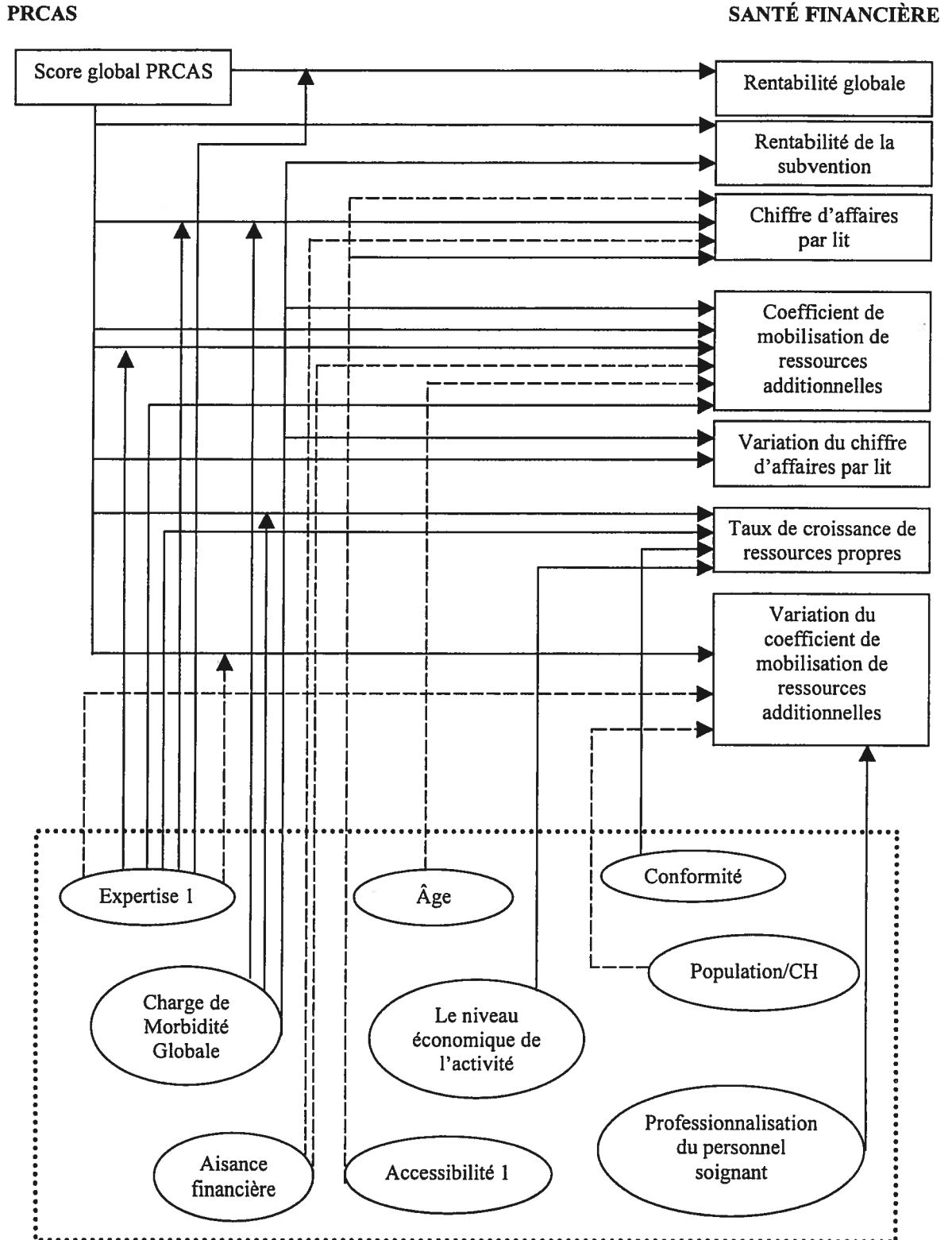


FIGURE 9 - Le modèle final de l'influence de la PRCAS sur la santé financière dépendamment du contexte : en considérant la dimension formation de la PRCAS

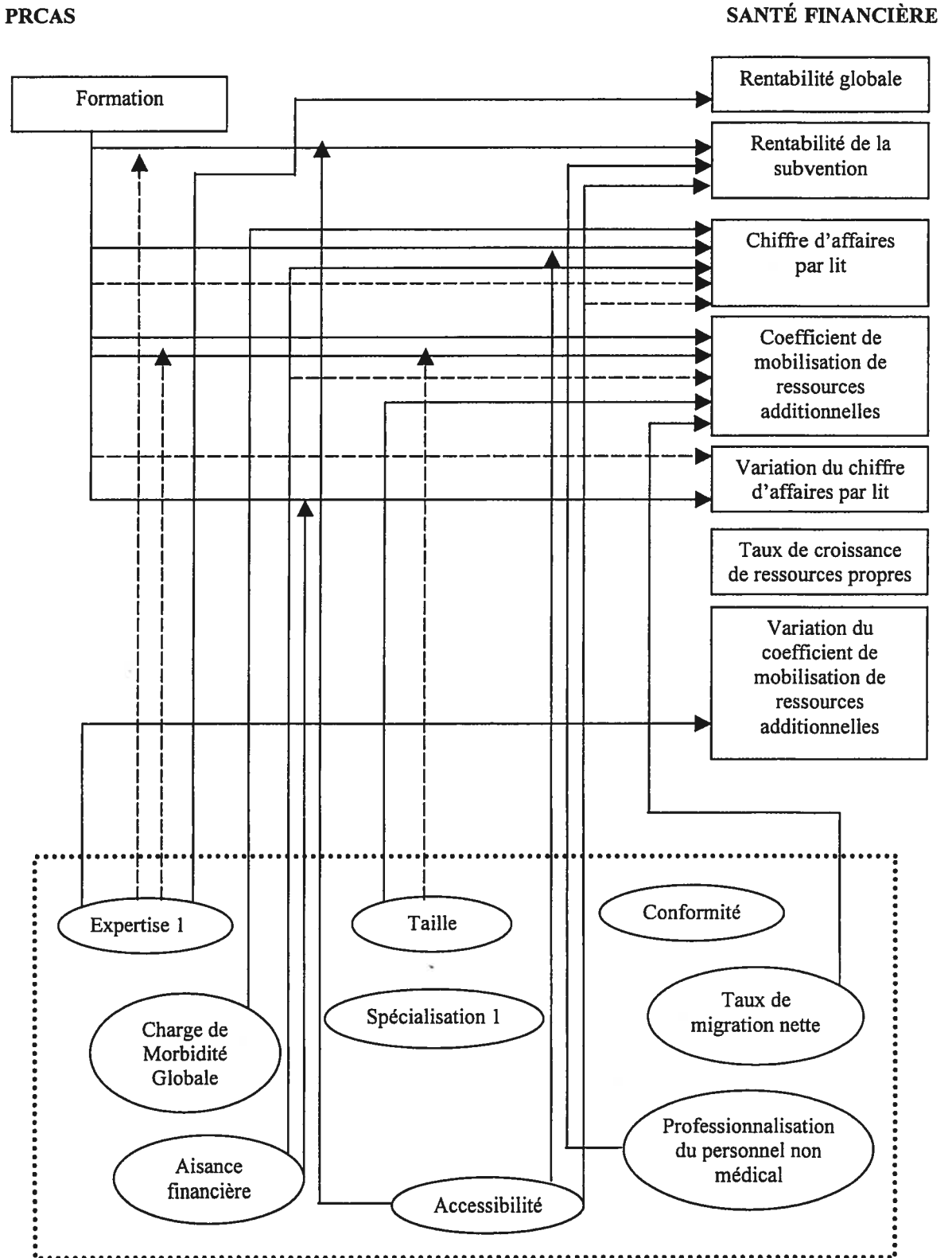


FIGURE 10 - Le modèle final de l'influence de la PRCAS sur la santé financière dépendamment du contexte : en considérant la dimension investissement de la PRCAS

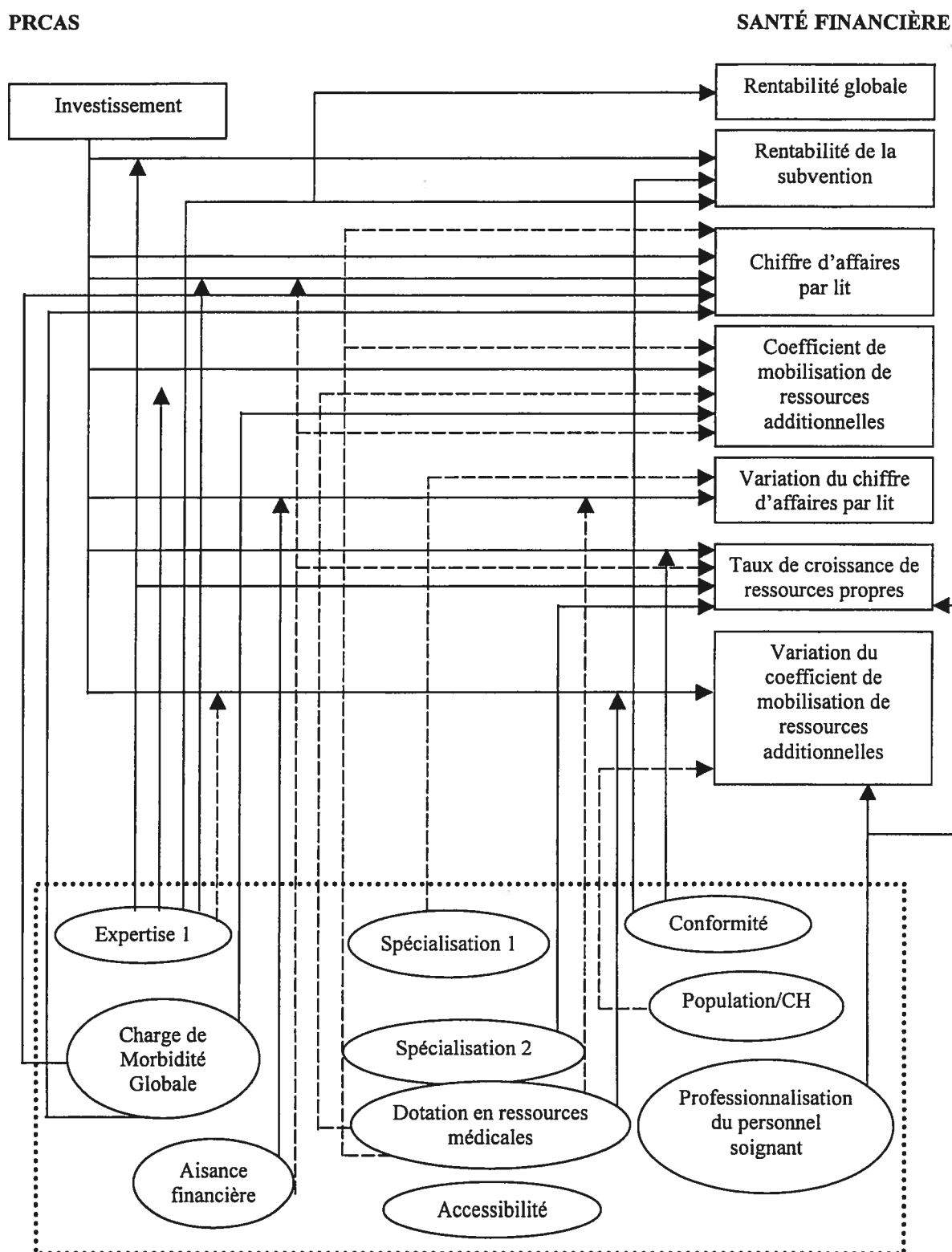


FIGURE 11 - Le modèle final de l'influence de la PRCAS sur la santé financière dépendamment du contexte : en considérant la dimension intéressement du personnel de la PRCAS

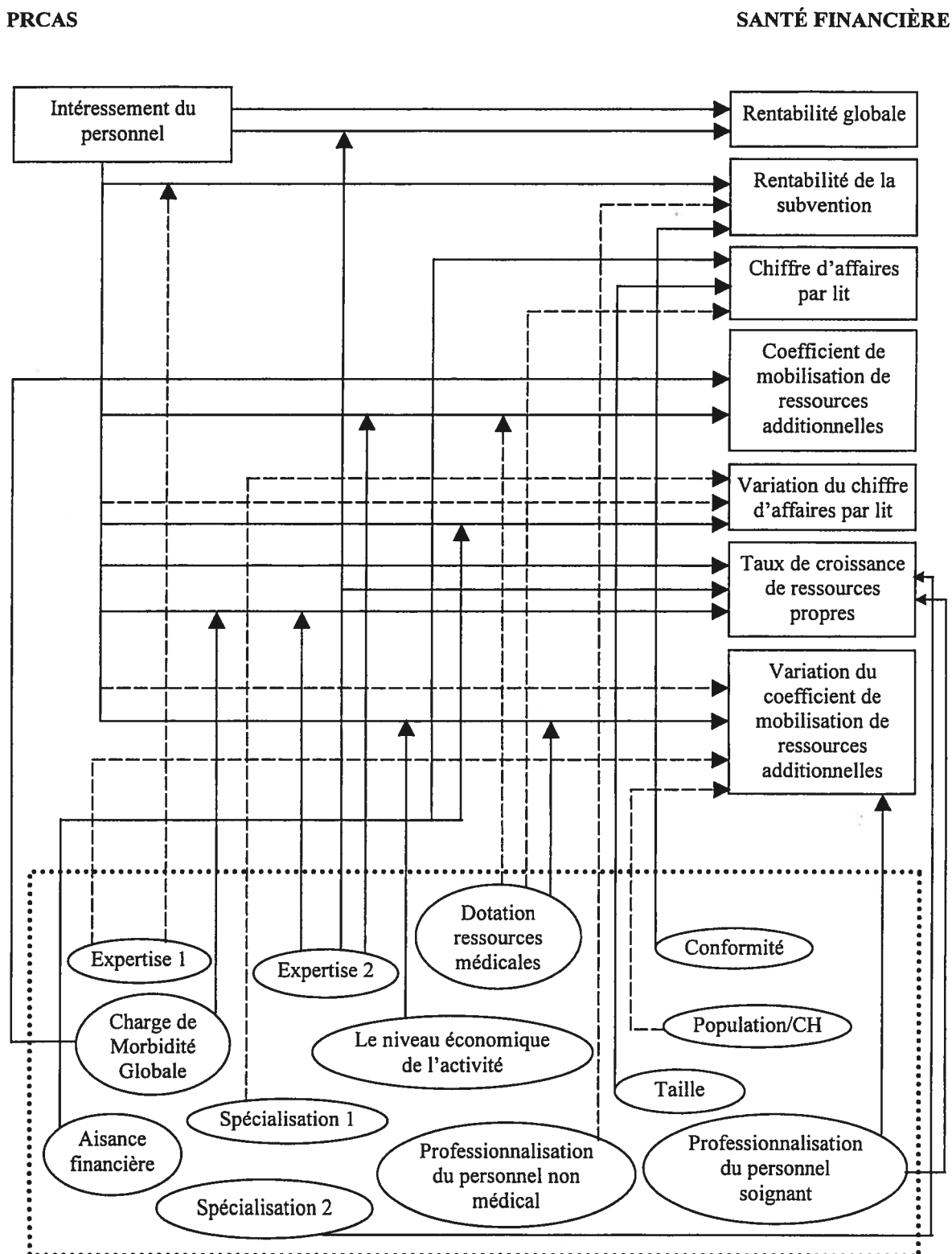


FIGURE 12 - Le modèle final de l'influence de la PRCAS sur la santé financière dépendamment du contexte : en considérant la dimension couverture de la participation à la gestion de la PRCAS

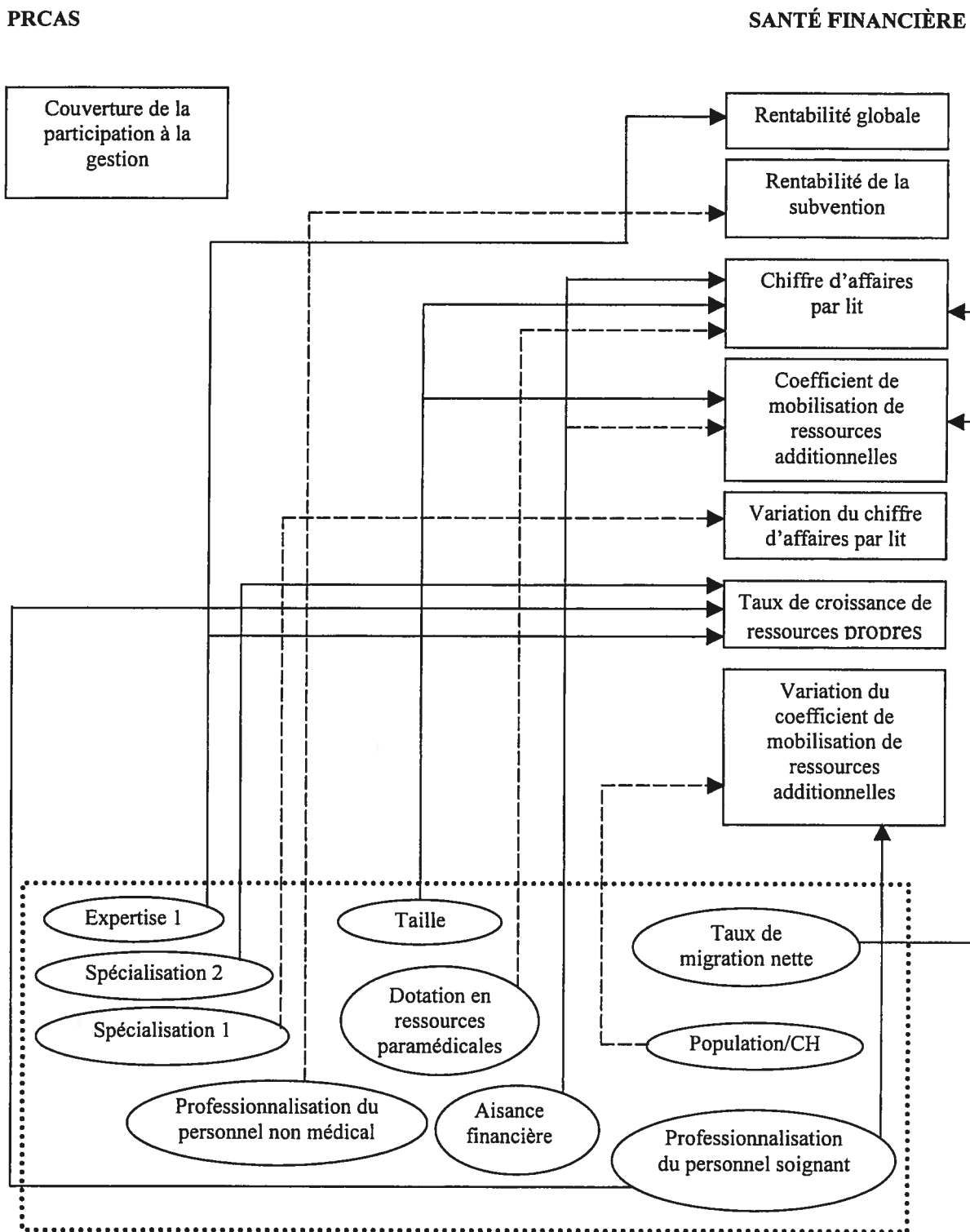


FIGURE 13 - Le modèle final de l'influence de la PRCAS sur la santé financière dépendamment du contexte : en considérant la dimension intensité de la participation à la gestion de la PRCAS

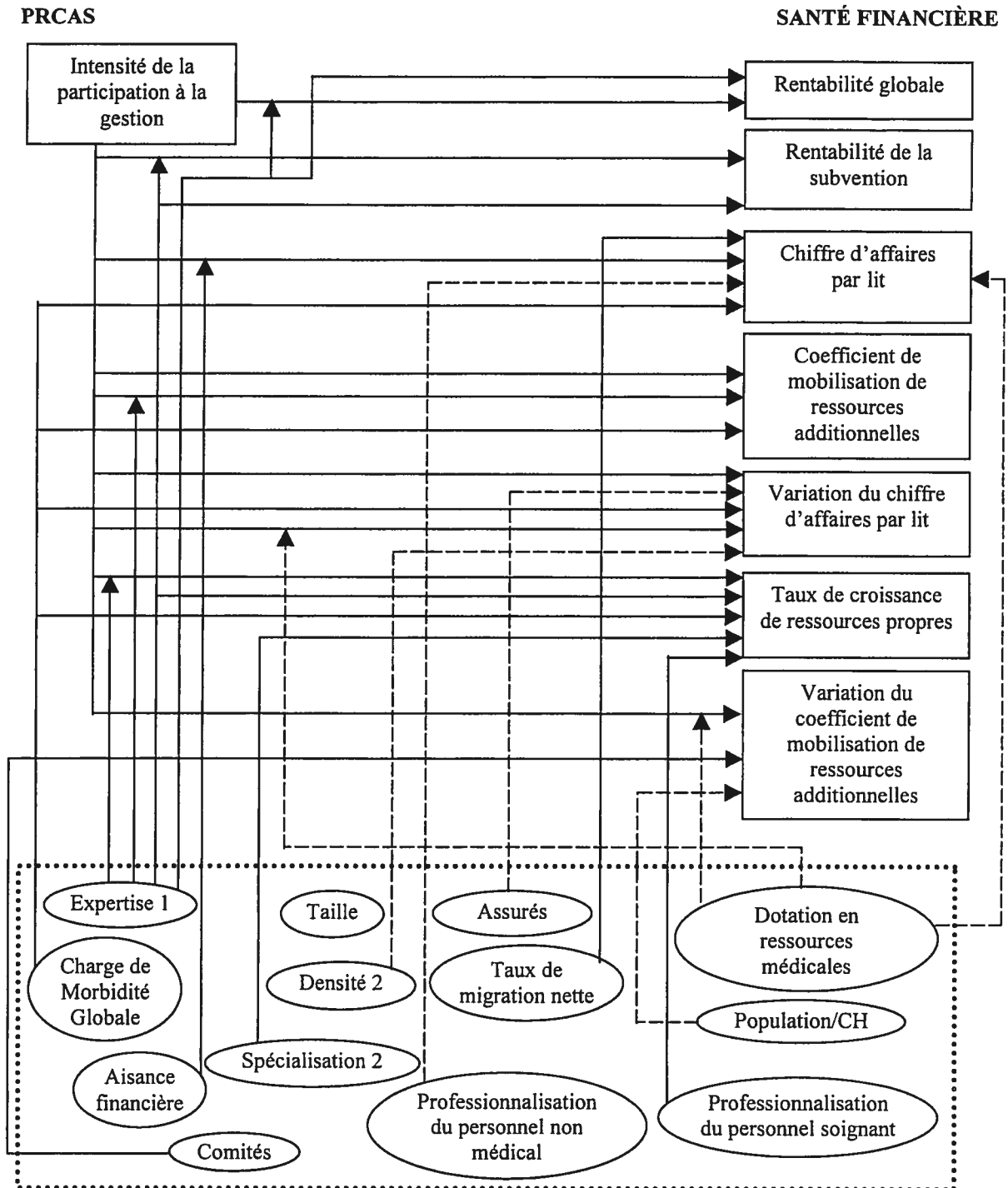
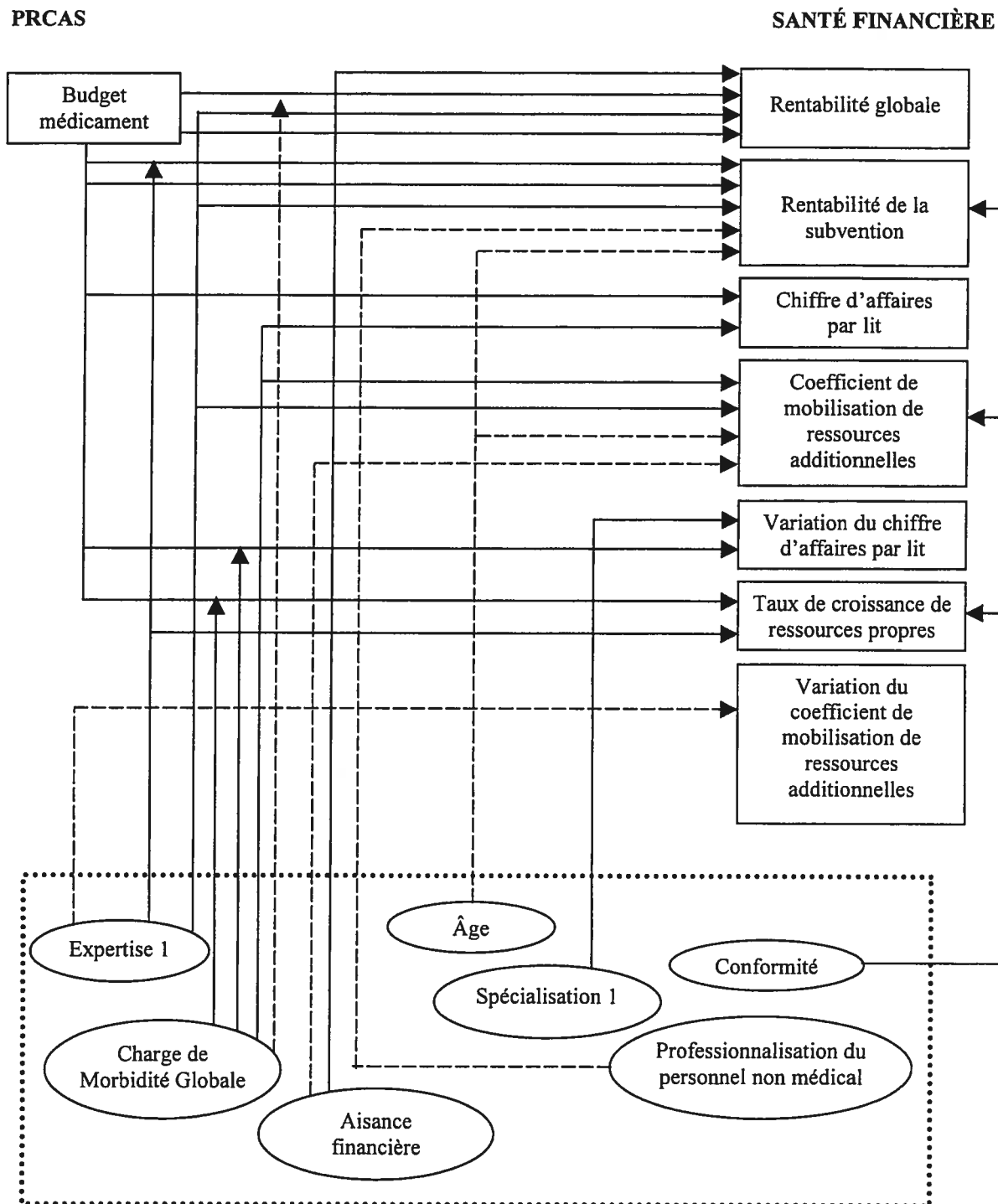


FIGURE 14 - Le modèle final de l'influence de la PRCAS sur la santé financière dépendamment du contexte : en considérant la dimension budget médicament de la PRCAS



Les modèles précédents montrent que l'effet de la santé financière semble être expliqué par de nombreuses variables contextuelles.

CHAPITRE 5 - DISCUSSION ET LIMITES DE L'ÉTUDE

Les résultats seront ici présentés en lien avec les quatre objectifs de l'étude. Nous en ferons donc un bref rappel.

Le premier objectif concernait la mise en œuvre de la PRCAS sous trois aspects.

Il est important d'abord de décrire l'évolution globale de cette mise en œuvre au cours de la période allant d'octobre 1994 à décembre 1998. Les résultats de la recherche indiquent que la PRCAS et ses dimensions (formation, investissement, intéressement du personnel, décentralisation, politique du médicament et tarification) ont connu une bonne implantation mais demeurent sujettes à d'énormes critiques quant à leur bien-fondé.

Il s'agissait aussi d'apprécier l'état de cette mise en œuvre en CI au mois de décembre 1998. Les données montrent des résultats similaires à ceux obtenus par les experts de la politique, soit une bonne implantation de la PRCAS et de ses dimensions.

Enfin, le troisième aspect visait à faire le bilan de la PRCAS dans chaque hôpital en date de décembre 1998. L'étude a trouvé que, dans l'ensemble, la PRCAS et ses dimensions sont bien implantées.

Le second objectif de l'étude visait à expliquer l'état de mise en œuvre dans les hôpitaux en fonction des variables spécifiques à chaque hôpital. Il s'agissait de voir l'impact du contexte sur l'implantation de la PRCAS. En fait, la PRCAS et ses dimensions sont influencées tant positivement que négativement par les variables de spécialisation, d'aisance financière, du ratio population par CH, de la dotation en ressources médicales, de l'accessibilité et de la participation de la population et du personnel à la gestion. Ces variables expliquent entre 3 et 52%, selon la dimension considérée, de la PRCAS.

En ce qui concerne le troisième objectif, nous voulions déterminer l'impact de la PRCAS sur la santé financière des hôpitaux. Les résultats révèlent qu'en dehors de la formation et de la couverture de la participation, la santé financière des CH est influencée à divers degrés par toutes les dimensions de la PRCAS, et qu'hormis l'intéressement du personnel, toutes les associations sont positives. Ces variables de la PRCAS expliquent entre 10 et 49%, selon la dimension considérée, de l'effet de santé financière des CH.

Enfin, le quatrième objectif était de déterminer dans quelle mesure le contexte modifie la relation entre la PRCAS et la santé financière des hôpitaux. Les données montrent que, soit individuellement soit en interaction avec celles de la PRCAS, plusieurs variables contextuelles exercent ici une influence significative (tableaux XXX à LI (pp. 170-191)). En effet, ces variables expliquent entre 3% et 81%, selon les dimensions considérées, de la santé financière des CH.

Au terme de ce rappel succinct des résultats, il convient maintenant de les discuter.

5.1. DISCUSSION SUR LA MISE EN OEUVRE DE LA PRCAS

a) Formation

Le volet formation est une réussite si l'on en juge par le nombre de personnes ayant reçu au moins une formation de 1994 à 1998, et constitue un élément important de la PRCAS. Ce résultat est conforme aux travaux de Cassels (1983), de Kanji (1989), et de Wang'ombe et Mwabu (1987) qui faisaient déjà de la formation une condition importante de réussite pour l'implantation de la politique du médicament et de l'IB. D'autres études, comme celle de Carteron (1987), confortent cette thèse en énonçant que la formation professionnelle contribue à l'amélioration des performances et à l'épanouissement des hommes dans l'entreprise, et que les entreprises performantes considèrent les ressources humaines comme un facteur de leur performance. De ce fait, une recherche de l'OCDE (1996) conclut que les programmes de formation et de perfectionnement tendant à accroître la compétence et à améliorer la souplesse du personnel acquièrent peu à peu une visibilité nouvelle. C'est dans cet esprit que s'est inscrit la PRCAS. La formation est de plus en plus incorporée aux plans stratégiques, révélant à quel point il est important de construire les qualifications et les compétences nécessaires pour faire face aux exigences des programmes et pour garantir le succès à long terme des réformes visant à créer un environnement davantage orienté vers la clientèle et vers les pratiques commerciales.

Cependant, ce résultat apparemment satisfaisant ne doit pas faire oublier certaines faiblesses. D'abord, la formation ne concerne qu'une infime partie des acteurs

concernés. De plus, il y a un manque de suivi, de contrôle et de supervision appropriés qui peut s'avérer préjudiciable à la viabilité de la dimension formation de la PRCAS.

b) Investissements

Nous avons trouvé que le niveau des investissements était suffisant pour pouvoir assurer le fonctionnement de la PRCAS. Ceci dit, il est important que le CH détienne une part non négligeable et régulière du montant total des sommes investies. Ce postulat de la PRCAS est en accord avec la position du ministre de la santé. En effet, il soutenait que, pour accroître l'acceptabilité de la PRCAS, il faut améliorer la qualité des soins de santé, ce qui nécessite des investissements additionnels dans le système de santé vu l'état de délabrement des équipements. Le Ministère de la Santé Publique (1996) est favorable à cette idée, car toutes les structures sanitaires ont bénéficié d'un vaste programme de réhabilitation. C'est dans cette optique que la publication de Nordyke et Peabody, (2002), en Macédoine, met l'accent sur l'importance des procédures d'investissements dans l'implantation de la réforme de financement du système de santé.

Par contre, les investissements peuvent s'avérer insuffisants au regard des besoins du CH.

Toutefois, à long terme, la part d'investissement sur ressource propre est la seule source fiable et stable en termes de financement. C'est pourquoi, en dépit de cette insuffisance, Berthomet (1990) avance qu'en CI, les CH accaparent une portion importante de la part des allocations budgétaires. Traitant de l'IB, les travaux de Kane (1990) constituent un plaidoyer en estimant que les pays ressentent le besoin de trouver de nouveaux financements et de modifier leurs interventions dans le secteur de la santé en augmentant les dépenses d'investissement pour offrir des soins de santé primaires en milieu rural. Dans cette optique, l'étude de McPake (1992) attribue les raisons du succès du modèle guinéen de la PRCAS aux d'investissements financiers d'apport extérieur. Ces derniers travaux mènent à quelques questionnements sur la dimension investissement de la PRCAS. Ainsi, même si des investissements nécessaires permettent d'implanter le PRCAS, les études citées ne démontrent pas qu'il y a un problème d'autonomisation des fonds

d'investissements. En d'autres termes, il ne semble pas évident que les faibles ressources additionnelles permettent de résoudre les besoins d'investissement de façon adéquate.

c) Intéressement du personnel (IP)

Nous avons conclu à une implantation réussie de l'IP. Ce résultat rejoint plusieurs travaux dans la littérature.

Dans le contexte particulier de la CI, la logique de l'intéressement se justifie amplement. En effet, les employés des organisations publiques sont moins bien rémunérés que leurs collègues du secteur privé. Il faut aussi rappeler que les salaires des fonctionnaires et agents de l'État ont vu les effets financiers des niveaux indiciaires bloqués pendant au moins deux décennies. Alors même que cette période était par une inflation très prononcée suite à la dévaluation du FCFA dans la zone monétaire U.M.O.A., où l'économie ivoirienne comptait pour plus de 40% de la masse monétaire en 1993, les salaires des fonctionnaires sont demeurés les mêmes. Le coût de la vie les atteint donc avec plus d'acuité. Les incitatifs financiers peuvent donc ici constituer de véritables « bouffées d'oxygène » non négligeables. Cette situation est similaire aux exemples présentés par la littérature dans des pays comme l'Indonésie (Chernichosvsky et Bayulken, 1995) et la Thaïlande (Pannurunothai, Boonpadung et Kittidilokkul, 1997) où les décideurs politiques ont mis l'accent sur les incitatifs financiers. En dépit du fait qu'ils ne soient pas explicitement utilisés pour promouvoir une plus grande productivité, la philosophie de beaucoup de programmes de réforme du secteur de la santé indique souvent que cet argent est un élément clé de motivation dans le contexte de travail.

L'IP en tant qu'incitatif peut-il suffisamment motiver? La réponse à cette question est évidemment non. En effet, selon Saltman (2002), le concept d'incitatif peut refléter une variété d'objectifs humains. Certains parlent d'incitatifs charitables tandis que d'autres évoquent des incitatifs égoïstes. Dans le secteur de la santé, des définitions du terme incitatif peuvent aller au-delà des récompenses financières et doivent être sensibles aux types de motivation. Cette idée est aussi complétée par Franco, Bennett et Kanfer (2002). Pour ces auteurs, les incitatifs financiers doivent être un important déterminant de la motivation des travailleurs, mais ne peuvent seuls tout résoudre. La motivation du

travailleur est un processus complexe et croise plusieurs limites disciplinaires incluant l'économie, la psychologie, le développement organisationnel, la gestion des ressources humaines et la sociologie. Au-delà des incitatifs financiers, d'autres éléments moins tangibles tels que le travail en soi, la reconnaissance et l'accomplissement doivent donc être considérés.

Selon les données recueillies, l'intéressement semble être l'un des points faibles de la PRCAS. Cet argument peut s'avérer pertinent et nous le démontrerons dans deux cas type. Le premier cas s'exprime à travers le plus important critère de répartition des primes d'intéressement qui, soit la masse salariale brute. Ainsi, un infirmier anesthésiste au niveau d'ancienneté élevé doit recevoir un plus gros salaire. L'inéquité est apparente lorsque cet infirmier, étant la cheville ouvrière de pratiques dites des « dessous de table », recevra une prime plus importante que le jeune médecin chef (chirurgien) qui doit s'impliquer dans le fonctionnement d'ensemble de son service. L'infirmier aura contribué à affaiblir les ressources propres à deux niveaux : par sa mauvaise performance et par son intéressement important non vraiment justifié qui met en relief un coût d'opportunité potentiel. Le défi est donc de trouver d'autres critères de distribution de l'intéressement afin de minimiser les injustices et autres sources frustrations.

Dans le second cas, nous examinerons un autre critère, soit l'IP du personnel hors des établissements de santé. En effet, selon nos observations, l'intéressement du personnel non hospitalier par le Fonds d'Action Sanitaire (F.A.S.) ne semble pas être associé à la performance de la PRCAS. On peut citer l'exemple d'un conseiller du ministre ou d'un chargé d'étude qui n'intervient pas dans la PRCAS. En quoi l'intéressement de ce dernier pourrait-il influencer la réussite de la PRCAS? Le système de santé souffre déjà d'une pénurie de moyens financiers : pourquoi ne pas rationaliser l'utilisation de l'existant en allant à l'essentiel? A-t-on besoin d'intéresser un professeur d'université, directeur d'administration centrale, touchant un salaire mensuel brut d'environ 2 millions de FCFA, avec une grosse part des ressources propres des CH, même s'il ne sait rien de la PRCAS? Clairement, il serait judicieux de renoncer à de tels mécanismes d'intéressements et d'affecter ces fonds à d'autres utilisations plus productives.

En somme, l'intéressement du personnel se justifie selon les objectifs de la PRCAS. Appliqué de façon appropriée, il peut s'avérer un véritable incitatif. Sa faiblesse est cependant au niveau conceptuel : il est susceptible de constituer une source d'utilisation irrationnelle d'une partie des fonds de la PRCAS sans tenir compte de sa performance. Il mérite donc d'être repensé afin que les objectifs escomptés puissent être atteints. Néanmoins, l'intéressement du personnel est implanté conformément aux principes de la PRCAS.

d) Décentralisation

Nous avons trouvé que la décentralisation a connu une implantation réussie dans les limites des attentes envisagées par la PRCAS. La littérature de l'IB accorde dans l'ensemble une importance primordiale à l'introduction de la décentralisation. Déjà, en 1983 au Népal, dans le cadre de la politique du médicament, Cassels avait trouvé un résultat similaire et il affirmait que dans les pays où la gestion ou l'administration est décentralisée, l'implantation de la réforme pose moins de problèmes. Récemment au Bénin, au Kenya et en Zambie, Gilson *et al* (2000) ont constaté que la décentralisation en tant qu'appui au système de santé avait été importante de 1994 à 1995. Plus récemment, les recherches de McPake *et al* (2003) ont confirmé que la décentralisation implantée soutient de façon avantageuse les systèmes de tarification en Zambie. D'autres résultats identiques ont été obtenus avec les travaux de Forry (ND). Pour cet auteur, on peut observer qu'une grande diversité de la mise en œuvre de la décentralisation à partir de l'organisation des soins et de la participation communautaire est devenue effective dans plusieurs pays en Afrique de l'Ouest (Côte d'Ivoire, Niger, Burkina Faso, Sénégal, Mali).

En somme, si la décentralisation est l'expression d'une prise de décision qui est locale en comparaison avec l'ancien système ancien plus centralisé, et que sa logique se situe au niveau du fait que le CH génère des ressources dont l'initiative et l'orientation de son usage appartiennent au niveau local, la participation de la population demeure l'une des innovations majeures de cette forme de gestion. Mais la forme adoptée par la PRCAS permet-elle une réelle décentralisation?

Il est temps de relever que la décentralisation comporte des problèmes. À cet effet, la littérature foisonne de résultats. Ainsi, Gilson et Mills (1995) affirment qu'en dépit de l'implantation de la décentralisation dans plusieurs pays, il y a un manque d'études systématiques évoquant son impact. De façon prudente, Jarret et Ofosu-Amaah (1992) suggèrent une planification détaillée pour assurer le succès de la décentralisation. Cela peut être davantage compris à travers les travaux d'Arhin-Tenkorang (2001) qui énonce que les exigences pour les modèles de décentralisation locale, bien que stricte, ne semble pas évident à atteindre à court terme. Ceci est démontré, en Chine, avec la recherche de Tang et Bloom (2000) et énonçant qu'il est non réaliste de décentraliser rapidement les services de santé en région rurale. Enfin, d'autres écrits soutiennent que peu de pays en développement ont une longue expérience avec la décentralisation du secteur de la santé et que l'impact sur la gestion des services délivrés est rarement évalué (Gilson et Mills, 1995). Dans le même esprit, Kolehmainen-Aitken et Newbrander (1997) affirment que les lignes directrices pour le processus de décentralisation dans les pays en développement font souvent défaut. Des leçons issues de pays développés comme la Finlande montrent que la législation et des politiques claires ont aussi besoins de guides de réformes directes. On y apprend aussi que la décentralisation et la gouvernance locale ne sont pas suffisantes pour garantir le succès des réformes nécessaires de soins de santé (Koivusalo, 1999). D'ailleurs, en Amérique Latine, Arredondo et Parada (2001) affirment qu'un manque de ressources humaines formées en économie de la santé pour élaborer et implanter les changements dans les politiques de financement et une absence de ressources indépendantes au niveau local affaiblissent la décentralisation effective. En Côte d'Ivoire, lorsque le niveau de représentativité de la population et le rythme de sa participation sont confrontés à une trop grande place accordée à l'exécutif, la décentralisation ressemble vraisemblablement plus à une déconcentration. Nous sommes encore loin de la décentralisation maximale de la responsabilité dans l'IB prônée par des auteurs comme Foirry (ND).

Dans l'ensemble quelle que soit la forme de décentralisation adoptée, elle est une réussite en regard de l'objectif planifié. Dans tous les cas, les travaux de l'OCDE (1996) soutiennent les changements entraînés par la déconcentration et la décentralisation s'avèrent toujours avantageux.

e) Politique du médicament

Nous avons constaté que la politique du médicament est, à n'en point douter, l'une des réussites de l'implantation de la PRCAS. Mise en oeuvre au moins trois années plus tôt, cette politique a atteint un niveau de maturation que les autres dimensions de la PRCAS n'ont pas. En fait, la politique du médicament n'était pas vraiment une dimension de la PRCAS lors de son implantation en CI. Elle a été un complément dans l'application de l'IB. L'effectivité ou la nécessité de l'implantation de la politique du médicament est énoncée dans la quasi-totalité de la littérature sur l'IB. Elle est traitée en général sous des pseudonymes tels que les médicaments essentiels ou les médicaments génériques (Lancet, 1988; Kanji, 1989; UNICEF; 1990; Parker et Knippenberg, 1991; Hanson et McPake, 1993).

Toutefois ce succès ne doit pas cacher des inquiétudes inhérentes à cette politique. Certes, le financement par les ménages se concentre sur l'achat des médicaments, mais la PRCAS semble affecter considérablement la consommation finale des ménages. Les travaux de Berthomet (1990) soutiennent que la part financée par les populations n'a pas cessé d'augmenter pour atteindre aujourd'hui près de 50% de la consommation finale des ménages. Ceci soulève des doutes persistants quant à la thèse selon laquelle la politique du médicament ne fonctionne pas bien. En effet, les informations sur le niveau des indicateurs disponibles peuvent donner lieu à des discussions. Jusque là, les contrôles effectués semblent se limiter surtout à un niveau comptable. Lorsque les comptes sont déficitaires, la PSP adopte des mesures coercitives. En l'absence de déficit, le CH est réputé être bon gestionnaire de la pharmacie. C'est à ce niveau que des questions méritent d'être soulevées. La disponibilité de plusieurs autres informations non comptables pourraient permettre de mieux apprécier la politique : par exemple, le niveau de satisfaction de la prescription médicale, le niveau de satisfaction des besoins de la population en médicaments, le nombre de jours de rupture de stock, les taux de rotation des stocks. Au niveau central, on peut citer le niveau de satisfaction des commandes effectives des CH, le niveau d'atteinte des patients à partir des commandes et livraisons effectives, le nombre de jours de ruptures de même que les taux de rotation des stocks. Ces indicateurs ont l'avantage d'indiquer si les ressources en médicaments arrivent effectivement à destination. Ils permettent d'exposer ces pratiques informelles qui consistent à racheter les stocks de

médicaments par le personnel de l'hôpital afin de créer une pénurie factice, puis ensuite de les revendre au marché noir avec des marges bénéficiaires très importantes. Le problème de la politique du médicament est donc de deux ordres : la disponibilité des ressources humaines nécessaires et la gestion des stocks de médicaments. Au-delà des contrôles comptables, un contrôle d'opportunité élargi à ceux qui prescrivent et aux gestionnaires constitueraient des éléments d'amélioration de la politique du médicament.

En somme, en dépit des difficultés fonctionnelles, l'implantation de la politique du médicament est une réussite sur le plan comptable. Mais les problèmes de gestion et l'insuffisance des ressources humaines doivent être corrigés. Par ailleurs, les pratiques de « dessous de table », les consommables pharmaceutiques des services, les bris de médicaments et les consommations de cas sociaux ne sont-ils pas des facteurs d'affaiblissement de la PRCAS?

f) Tarification

Les tarifs en cours sont ceux stipulés par les textes législatifs et réglementaires de la PRCAS. Ils sont les mêmes dans tous les CH. Les experts ont relevé que le temps ne semble pas affecter outre mesure la stabilité des prix malgré un contexte d'inflation manifeste. Il est aussi pertinent d'énoncer que les prix à la demande sont inélastiques. Ceci a déjà été confirmé en CI par les travaux de Gertler (1987). L'auteur présente la variation des prix comme étant indépendante des fluctuations économiques. Comme dans le cas de la politique du médicament, la littérature sur la tarification est l'une des plus abondantes en ce qui concerne l'IB. Elle confirme également l'effectivité de l'introduction des prix en termes d'implantation dans le système de santé publique.

Cependant, la question du prix révèle à des problèmes d'équité, de méconnaissance des coûts réels à recouvrer et de la modicité de ces prix dans un contexte de faible pouvoir d'achat. Le plus grand avantage de la PRCAS réside dans le fait que la tarification pratiquée est la plus basse en comparaison à celle des établissements confessionnels et privés pour les mêmes types de soins. Et les assurances devraient permettre une accessibilité plus grande. Malheureusement, le système est à l'état embryonnaire. D'ailleurs, la loi sur l'Assurance Médicale Universelle (AMU) n'a été votée

qu'en automne 2001. Quant aux assurances privées habituelles, elles utilisent une grille de tarification négociée avec le ministère de la Santé. Ceci favorise les souscripteurs mais affaiblit les ressources de la PRCAS. En outre, Les coûts administratifs de recouvrement des créances et les coûts liés aux délais de paiement ne sont pas pris en compte. En fait, il n'y a aucune étude pour en estimer les impacts. Sans prévisions, les ententes se font en référence à d'autres types d'assurances négociés antérieurement. De plus, les COGES ne sont pas associés aux différentes séances. Et à notre connaissance, aucune évaluation n'est prévu en vue de réajuster les ententes. Ce qui fait que les défauts de recouvrement de coûts méconnus sont parfois amplifiés.

Étant donnée que les tarifs permettent le recouvrement de coûts en partie ignorés, et du fait que personne ne connaît l'ensemble des coûts réellement visés par le recouvrement, on pourrait les qualifier de coûts partiels ou de coûts subventionnés. Ils constituent une partie des charges récurrentes. Quant à l'inéquité, elle résulte de l'application de la tarification à une population de plus en plus pauvre. Même au niveau des CH, les coûts de recouvrement et les ententes ne semblent pas tenir compte des charges additionnelles engendrées à cet effet. Cette situation est aggravée par la stabilité des prix dans un contexte économique inflationniste. Les tarifs de la PRCAS peuvent donc être inadaptés tant par rapport aux coûts à recouvrer qu'aux cas sociaux des CH. Des résultats similaires ont été évoqués par certaines études antérieures. Selon Schmets (1990), si l'autonomie de gestion connaît ça et là quelques progrès, l'autonomie financière reste encore largement embryonnaire. À part le Bénin, le produit du recouvrement des coûts ne représente à ce jour qu'une faible fraction du fonctionnement hospitalier. La part des recettes propres issues du recouvrement des coûts représente, en 1989 : 3% à Treichville, 7% à Niamey, 8% à Nouakchott, 11% à Bobo-Dioulasso, 21% à Bamako, 50% à Cotonou. Or Treichville est un CHU où les tarifs pratiqués sont plus élevés que dans les CH à l'étude. Enfin selon Coulibaly (1990), au Mali, sur le plan juridique, il convient de noter que les tarifs hospitaliers ne reflètent pas la réalité des coûts. C'est un forfait adopté en fonction du faible pouvoir d'achat des maliens, et en raison des difficultés économiques du pays. Sur le plan économique, depuis six ans, les tarifs ne suivent pas le mouvement inflationniste des biens d'équipement et des biens consommables. Sur le plan social, le poids des relations joue de manière telle que certains malades entrent à l'hôpital et reçoivent des soins à l'insu

de l'administration. Et comme le démontrent les cas du Bénin, du Kenya ou de la Zambie, souvent ce ne sont pas les plus démunis qui sont ainsi favorisés (Gilson *et al.*, 2000).

En définitif, les tarifs implantés sont ceux qui devraient être implantés selon les principes juridiques. Cette dimension est d'ailleurs une réussite bien appréciée dans la mise en œuvre de la PRCAS.

5.2 DISCUSSION SUR L'INFLUENCE DU CONTEXTE SUR LA PRCAS

Pour ce second objectif, nous voulions savoir comment le contexte influence l'implantation de la PRCAS. Nous avons trouvé que l'état de mise en œuvre de la Politique du Recouvrement des Coûts des Actes de Santé (PRCAS) dans les hôpitaux est effectivement influencé par les variables caractéristiques structurelles de chaque hôpital. Les résultats ont montré une association positive entre la PRCAS et les variables d'aisance financière, de population par CH, d'accessibilité géographique, et de spécialisation. L'association devient négative avec la variable de la participation de la population et du personnel à la gestion de l'hôpital. Mais aussi, dans une certaine mesure, avec la spécialisation et l'accessibilité géographique. On remarque que les variables spécialisation et accessibilité sont tantôt associées positivement tantôt négativement dépendamment de la dimension concernée de la PRCAS. Des résultats similaires ont été trouvés avec certaines variables dans d'autres études. Ainsi, McPake (1992) a trouvé qu'en Guinée, l'accessibilité et le soutien financier ou les subventions ont contribué à la réussite de l'implantation de la PRCAS. L'auteur a également trouvé que la participation communautaire a favorisé le succès de la mise en œuvre de la PRCAS. Les recherches de Garner (1989) évoquent l'importance du soutien financier et donc de l'aisance financière, entre autres, pour assurer la réussite de la PRCAS.

En général, les plus gros CH possèdent le plus de médecins spécialistes et se trouvent dans les chefs-lieux de région. On constate qu'en dépit du fait que les gros CH aient connu une meilleure implantation de la formation et de la PRCAS globale, l'intéressement du personnel s'avère mal implanté. Toutefois, le fait que les CH avec plus de spécialistes disposent d'un intéressement du personnel plus fort peut être lié à une question arithmétique où les gros CH ont un intéressement bien calculé conformément aux textes

réglementaires en vigueur. Cet argument est aussi valable quant au niveau de l'implantation de la PRCAS globale. En ce qui concerne les variables d'aisance financière et la population par CH, elles confirment l'argument selon lequel un grand appui financier aide à une bonne implantation de la PRCAS (McPake, 1992). Un bon bassin de desserte populationnelle est un facteur de renforcement de la PRCAS (Gbedenou *et al*, 1994). Cependant, la formation semble meilleure dans les CH comptant deux médecins spécialistes que dans ceux avec trois médecins et plus. Or, les CH avec plus grand nombre de médecins bénéficient en général d'un plus grand appui financier assorti d'un important bassin de desserte. Le nombre de médecins spécialistes équivaudrait donc à un facteur d'affaiblissement de la formation : plus il y a de médecins spécialistes moins la formation est bien implantée.

En ce qui concerne les liens négatifs, on constate que, dans les plus gros hôpitaux, l'accessibilité, la dotation en ressources médicales, la participation et l'accessibilité géographique affaiblissent le niveau d'implantation de l'intéressement et du budget médicament. Il semble quelque peu contradictoire de se dire que plus il y a de ressources médicales, moins certaines dimensions de la PRCAS sont bien implantées. Et ce fait est encore plus paradoxal lorsqu'on sait que plusieurs travaux, dont ceux de Gilson (1997), ont montré le contraire en soutenant que la participation est facteur d'une bonne implantation de la PRCAS. Mais, quiconque connaît les pratiques informelles dans les CH du tiers monde ne peut en être surpris. Tout laisse croire que les médecins constituent l'un des problèmes d'implantation de la politique. Il faut être prudent en présence de telles affirmations dans la mesure où d'autres variables qui mesurent la professionnalisation des CH ne sont pas significatives. Cependant, des arguments empiriques ou non pourraient militer en faveur d'un tel scénario. En effet, La CI à l'instar des pays de l'Afrique subsaharienne souffre de la corruption dans le système de santé, l'implantation effective de la PRCAS contribuerait à la mort du système de « dessous de table ». Et ces propos sont confirmés par dans les travaux de Turshen (1999), Gbedenou (1994), Dumoulin et Kaddar (1993; Carrin, 1993) et de consultants de MSF (1996) en Angola avec le phénomène des *Gasosa* (terme désignant la prime de dessous de table). En CI, ce concept peut être désigné par diverses expressions qui sont : « mouiller la barbe », « faire les affaires », « business », « parler français », « manger » ou « manger ensemble ». La dernière appellation pourrait être l'expression d'un réseau de corruption qui implique l'intervention de plusieurs acteurs à divers niveaux pour la prestation d'un service public donné. Les pratiques

informelles constituent de meilleurs incitatifs financiers pour ceux qui en bénéficient. Cette situation fait en sorte que les plus gros hôpitaux disposant de plus de médecins sont ceux qui accroissent des pratiques informelles qui affaiblissent l'implantation de la PRCAS. Au-delà de cette raison, on peut aussi attribuer ce phénomène à une certaine passivité du corps médical face à l'implantation de la PRCAS. Il faut de plus examiner l'organisation des districts, unité opérationnelle qui devrait contribuer à l'amélioration de la PRCAS à partir soit de l'Équipe Cadre du District (ECD) soit du Comité Départemental de l'Action Sanitaire (CDAS). Selon le rapport annuel sur la situation sanitaire 1997 (Ministère de la Santé Publique, 1998), le nombre moyen de réunions de l'ECD et du CDAS par année sont respectivement de 5,7 et 1. Toutefois, les ressources principales sont des médecins, personnel peu aguerris à la gestion. À ce niveau, nous rejoignons le point de vue de l'un des experts qui trouve que cela paraît inapproprié. Il pourrait avoir raison. En fait, ce n'est pas par des séminaires ininterrompus dont les résultats n'ont quasiment jamais été opérationnalisés que l'on devient un gestionnaire. Et pourtant ces médecins sont des décideurs stratégiques dans l'utilisation des ressources. Dans la perspective de Donabedian (1980), il y a un problème de la justesse d'emploi des ressources disponibles. Il pourrait s'agir d'un problème concernant l'efficacité potentielle.

5.3 DISCUSSION SUR L'INFLUENCE DE LA PRCAS SUR LA SANTÉ FINANCIÈRE DES HÔPITAUX

Tel qu'énoncé en annexe 5 (p. xlii) et dans l'introduction rappelant les résultats, la relation entre la santé financière des CH et la PRCAS est fonction des dimensions de chacune de leurs variables. Il en a été déduit que la formation et la couverture de la participation de la population et du personnel à la gestion de l'hôpital ne sont associées à aucune mesure de la performance financière. Des études ont montré des résultats quelque peu similaires à travers la santé financière ou des mesures d'efficacité financière. C'est le cas de Wouters (1995) au Niger, où l'investissement et la disponibilité du médicament ont amélioré la qualité et donc les résultats financiers par itération. Lewis et Parker (1991) ont trouvé qu'en Jamaïque, la PRCAS explique la santé financière des CH. Gilson (1997) soutient qu'en dépit des imperfections, la PRCAS peut permettre l'atteinte de l'efficacité et de l'efficacé. Enfin, plusieurs autres études soutiennent que la PRCAS permet l'atteinte de

la performance financière (WHO, 1987; 1988; World Bank, 1994; Knippenberg *et al*, 1997; Soucat *et al*, 1997; Gilson, 1997).

Nos résultats significatifs indiquent qu'en dehors de l'intéressement, que la PRCAS soit au niveau global ou dans une dimension spécifique, la santé financière des CH entretient toujours une association positive avec elle.

Le comportement de la variable intéressement du personnel négativement associée à la performance financière de l'hôpital est similaire au lien entre elle et le contexte. Ce résultat est aussi identique au point de vue des experts qui tend à démontrer que l'intéressement du personnel ne tient pas compte de la performance. Il est important de relever que l'impact de l'intéressement ne concerne que les mesures de rentabilité et n'affecte pas les indicateurs de liquidité. Pourtant, la littérature de la PRCAS consistait à intéresser financièrement et donc à motiver afin que les objectifs attendus, dont la santé financière, puissent être atteints (Franco *et al*, 2002 ; Chernichosvsky et Bayulken, 1995 ; Pannurunothai, Boonpadung et Kittidilokkul, 1997). Ainsi, pour Paganini (1993) et Unicef (1990), l'IP permet d'augmenter le revenu. De façon pratique, les travaux de Lewis (1993) mettra l'accent sur l'importance de l'IP pour une efficacité dans les CH au Honduras, en République Dominicaine et en Jamaïque. Il en est de même pour les recherches de Nordyke et Peabody (2002), en Macédoine, où l'introduction des incitatifs basés sur la performance et la libéralisation des politiques du secteur de la santé permettent une compétition qui regonflera la productivité et la qualité. Il y a également les travaux de Nakamba, Hanson et McPake (2002), qui affirment que, dans les hôpitaux en Zambie, la tarification a amélioré la performance à partir des incitatifs des CH en répondant mieux aux besoins des patients, tout en améliorant aussi l'efficacité.

À l'opposé, la littérature sur les motivations a généralement soutenu que l'intéressement, en tant qu'incitatif financier, ne peut être suffisant pour générer une bonne performance de rentabilité (Maslow, 1943 ; Argyris, 1957 ; Perrow, 1972 ; Likert, 1961 ; McGregor, 1960 ; Séguin et Chanlat, 1986 ; Saltman, 2000). Dans la discussion du deuxième objectif, nous avons mis l'accent sur les pratiques informelles et la prévalence de la corruption ayant cours dans le système de santé comme pouvant constituer un meilleur incitatif financier parce que plus motivant que l'intéressement du personnel sous sa forme

actuelle. En outre, les frustrations nées de l'injustice ou de l'iniquité, contenues dans la conception de l'intéressement aggravent son caractère néfaste. Enfin, dans les organisations hospitalières, la dynamique du fonctionnement des acteurs, associée aux logiques technocratiques, démocratiques, professionnelles, économiques (Contandriopoulos, 1998), ne favorise pas suffisamment la convergence des divers intérêts. Comment permettre une convergence vers un objectif ultime de la performance à partir de simples incitatifs financiers? Nos résultats semblent montrer que l'intéressement est un facteur d'affaiblissement de la performance financière de l'hôpital. D'ailleurs, on constate que l'IP peut produire des effets inattendus ou contradictoires. C'est le cas des travaux de Liu et Mills (2002) qui observent qu'en Chine, les incitatifs économiques ont conduit à une sur-provision des services non nécessaires et à une sous-provision des services socialement désirables. Ici les incitatifs économiques produisent un stimulus sur le travail dans les institutions publiques de santé et augmentent la productivité en termes de quantité de services produits par membre du personnel.

Cependant, le comportement de cette variable peut aussi être aussi imputable à une logique comptable. En effet, l'intéressement fait partie du calcul des charges qui viennent en déduction des produits et donc diminuent le résultat du CH. Or dans les plus gros CH, le résultat minimise l'intéressement dans la mesure où il existe plusieurs produits non affectés par l'intéressement tels que la vente de carnets de soins de santé et les prestations de la morgue. En plus, les subventions d'exploitation sont les plus élevées dans ces CH. Ce fait diminuant les charges du CH augmentera la rentabilité dans un contexte où l'intéressement est davantage minimisé.

On peut soutenir que l'intéressement en tant que facteur d'affaiblissement de la performance financière de l'hôpital est le résultat de la conjugaison de plusieurs facteurs. Néanmoins, l'intention demeure bonne car elle vise à rechercher une la motivation susceptible d'engendrer de meilleures performances dans le CH.

Pour ce qui est des autres résultats, on a remarqué que la formation et la couverture de la participation ne sont pas retenues dans les résultats significatifs.

L'absence de la formation comme variable explicative de la performance est conforme au débat selon lequel la formation ne suffit pas à faire de quelqu'un un bon gestionnaire. En fait, la littérature n'établit pas de façon unanime un lien positif entre la formation et la qualité du gestionnaire. Mais il peut être affirmé que la formation améliore la capacité à exécuter certaines tâches (Mintzberg, 2002). Quant à la couverture de la participation, il est le complément de la formation. Considérant que la formation a lieu la plupart du temps chez les gens qui ne sont pas initialement des gestionnaires, on se demande quel type de formation est nécessaire pour faire d'eux des gestionnaires performants? La question est encore plus compliquée lorsqu'on sait que la représentation des communautés ou du personnel reste discutable dans le cadre de la participation. D'ailleurs, selon Gilson *et al* (2000), des études ont montré que les structures communautaires reflètent rarement le point de vue de la population élargie. À titre d'exemple, les décisions critiques prennent rarement en compte les besoins des groupes les plus pauvres et ils ne sont jamais directement impliqués dans la prise de décision (Gilson *et al.*, 2000). Il devient normal que ces variables n'expliquent pas la performance des CH. Elles ne semblent pas pertinentes par rapport aux objectifs qui leurs sont assignés.

Les autres dimensions de la PRCAS ont des liens positifs avec les variables de performance financière. Il s'agit de l'investissement, du budget médicament et de la PRCAS globale. L'investissement est un facteur d'accroissement de la performance financière. Cela est conforme aux théories de la gestion financière ou économique qui stipulent que l'investissement est une fonction croissante du revenu (Bellalah, 1998). De ce fait, une augmentation de l'investissement peut entraîner directement une augmentation des flux financiers. Ce scénario est le même que celui observé avec les ressources propres que les CH gagnent au fur et à mesure qu'ils réalisent une accumulation de l'investissement.

Pour ce qui est de l'analyse du niveau global d'implantation de la PRCAS, le résultat indique qu'il est significativement et positivement associé à une mesure de la liquidité et à la variation de la liquidité, soit le chiffre d'affaires par lit. Le budget médicament est associé de la même façon au chiffre d'affaires par lit et à sa variation. Ces liens peuvent indiquer que la PRCAS et la politique du médicament répondent bel et bien aux soucis de mobilisation de ressources financières afin de faire face aux besoins en médicaments et en production de soins de qualité. Citons en exemple les travaux de Diakité (1998) qui a

trouvé que la politique du médicament doit générer des ressources afin de pérenniser le financement des médicaments. La PRCAS devrait mobiliser aussi des ressources financières additionnelles pour pallier à l'insuffisance des subventions de l'État. Cette situation peut d'ailleurs en être un indicateur d'efficacité. Cependant, la littérature est critique de la PRCAS en fustigeant la faiblesse des recettes (Kanji, 1989; Turshen, 1999; Foirry, ND et Arhin, 2001). Mais, aussi minime soient-elles, ces recettes constituent une mobilisation de ressources additionnelles dans un contexte de crise, toute contribution s'avère importante. Et rappelons que le but ultime de la PRCAS est la disponibilité des ressources additionnelles (Gilson, 1995).

La relation la plus intéressante est celle de l'intensité de la participation de la population et du personnel à la gestion. En effet, l'intensité est significativement associée aussi bien aux performances de rentabilité financière qu'à la liquidité. On peut dire que la santé financière de l'hôpital est associée positivement à l'intensité de la participation. En d'autres termes, plus il y a de réunions du COGES, mieux se porte la santé financière de l'établissement. Les orientations de gestion deviennent plus flexibles et les ajustements plus aisés. Cette relation de l'intensité de la participation rejoint non seulement le point de vue de nos experts de la PRCAS, mais aussi les études des théoriciens de l'IB (UNICEF, OMS, et.). La participation à la gestion est un facteur d'amélioration de la rentabilité et de la liquidité. Notre étude révèle en plus l'importance de l'intensité de la participation en tant que dimension de la PRCAS. Pourtant, le comportement de cette intensité contredit les arguments avancés dans la couverture de la participation. Il faut donc préciser que la couverture et l'intensité de la participation sont certes complémentaires mais restent différentes dans l'appréciation de la décentralisation. En dépit de la mauvaise représentativité de la population ou du personnel au niveau de la gestion, l'intensité de la participation influence suffisamment la santé financière du CH. Conformément aux thèses des théoriciens, la participation est donc un élément important dans la PRCAS.

Cette analyse de la santé financière par rapport à la PRCAS nous indique une association significative entre les deux groupes de variables. Or, nous avons démontré que la PRCAS et le contexte sont associés. Il convient maintenant de savoir si le contexte est réducteur ou facteur de synergie dans le rapport entre la PRCAS et la santé financière des CH.

5.4 DISCUSSION SUR L'INFLUENCE DE LA PRCAS SUR LA SANTÉ FINANCIÈRE DÉPENDAMMENT DU CONTEXTE

Les résultats indiquaient qu'en plus des variables de la PRCAS, celles du contexte influencent la santé financière des CH. Dans la présente discussion, nous allons analyser chaque variable en fonction soit de la rentabilité soit de la liquidité.

5.4.1 LA RENTABILITÉ

a) Les associations positives

La rentabilité est positivement associée à l'expertise, à la conformité, au budget médicament, et à l'interaction de l'expertise avec le niveau global de la PRCAS. Cela voudrait dire que les CH qui ont des gestionnaires autres sont plus rentables que les CH avec des gestionnaires administrateurs. Cette conclusion quelque peu surprenante est à prendre avec une certaine réserve et doit être nuancée, mais ne pourrait être le fruit d'un effet confondant. Nous avons contrôlé l'effet combiné de deux facteurs qui auraient pu être confondants : l'expérience et la taille des CH. Toutefois, cette réserve semble se dissiper progressivement dans d'autres cas en présence des interactions (voir tableaux XXXI à LI). Citons à cet effet l'exemple d'une interaction entre l'expertise et l'intéressement du personnel.

Par ailleurs, nous remarquons que les CH dont les gestionnaires sont de type attaché sont plus rentables que les CH avec des gestionnaires de type administrateur. Y a-t-il lieu de penser que les attachés sont de meilleurs gestionnaires que les administrateurs? Pourtant, la politique de formation des administrateurs avait pour objectif l'amélioration de l'expertise des gestionnaires dont la plupart étaient des attachés. Cependant, les résultats indiquent aussi, qu'en présence des interactions, il arrive des cas où l'expertise indique que les CH avec des administrateurs sont plus rentables que les CH avec des gestionnaires non administrateurs. C'est le cas de l'interaction entre l'expertise et le score global de la PRCAS ou l'investissement.

L'association positive entre le budget médicament et la rentabilité va dans le sens attendu. Autrement dit, lorsque la politique du médicament est bien implantée, les CH sont rentables. D'ailleurs, selon l'IB, la politique du médicament devrait soutenir la PRCAS, à partir de *la vente directe aux usagers de médicaments génériques acquis à faible prix et revendus avec une marge bénéficiaire et qui doit assurer le réapprovisionnement en médicaments et le financement des dépenses de fonctionnement des centres de santé* (Foirry, ND). Or, en CI, la politique du médicament permet d'acheter davantage de médicaments et les ressources ne sont jamais affectées à la couverture des dépenses de fonctionnement autres que celles de l'approvisionnement en produits pharmaceutiques. Dans ces cas, les médicaments constituent principalement un facteur d'incitation à l'utilisation des soins du système public de santé. Il faut mentionner qu'en termes de prix, ces médicaments sont ce qu'on peut qualifier de « bon marché ». Il en est de même pour le prix des soins de santé quand on les compare à ceux des établissements confessionnels. Et dans le système privé, les prix sont encore plus élevés. En fait, les subventions en ressources financières, matérielles et humaines contribuent à une grande distorsion des coûts réels. Et la politique fiscale dans les organisations publiques accentue cette distorsion (Le Goff, 1993). Ainsi, la politique du médicament permet de mobiliser des ressources financières nécessaires au système. Elle permet donc d'assurer une atteinte de la performance de liquidité et, par analogie, de rentabilité. La variation expliquée est environ de 30 à 54%. Plusieurs études antérieures soutiennent cette position. On peut citer à cet effet, en autres, les travaux de Garner (1989), The Lancet (1988), Monekosso (1989), Nickson (1990) et Cassels (1983).

L'association positive avec la conformité est un bon indicateur de la logique d'investissement pour améliorer la PRCAS. Cela montre que les initiatives d'investissement du ministère étaient judicieuses. Les gammes de services sont la résultante des investissements en équipement ou en plateau technique. Ce résultat a été confirmé par certaines études. Ainsi, il y a une association positive entre l'ensemble des facteurs organisationnels et la performance financière. Prise individuellement, cette relation demeure aussi positive. Il convient de rappeler que cette étude est élaborée avec des organisations à but lucratif, soit les banques commerciales (Hopkins *et al*, 1997). En Nouvelle-Zélande, selon Hamilton et Shergill (1992), la structure explique 39% (croissance) à 49% (rentabilité) de la variable de la performance financière. Les auteurs ont

également trouvé que la taille est associée négativement à la croissance et que le levier (la rentabilité) est associé positivement à la taille.

b) Les associations négatives

La relation de la rentabilité à l'intéressement du personnel (IP) a déjà été vue. Il en est de même pour la professionnalisation du personnel non médical. En présence de l'interaction avec la formation, le CH avec expertise de type gestionnaire non administrateur est moins rentable que les CH dont les gestionnaires sont des administrateurs. On pourrait penser que la formation plus prononcée des administrateurs en gestion conforte cette relation. Cependant, la formation est une variable qui concerne trois personnes dans l'hôpital. Il s'agit d'une modification de la relation entre l'expertise et la rentabilité à partir de la considération d'une équipe. Le gestionnaire appartient à une équipe de gestion. Le niveau de formation est celui de l'équipe. On pourrait en déduire que la formation semble mieux acquise dans une équipe où il y a un administrateur comme gestionnaire que dans les autres cas. Ceci s'expliquerait entre autres par une plus grande aptitude à se conformer aux principes de l'administration publique.

Les CH situés à plus de 100 km du chef-lieu semblent moins rentables que ceux situés dans un rayon de moins de 100 km du chef-lieu de la région. Cela est conforme à la théorie selon laquelle l'accessibilité géographique peut parfois constituer un obstacle. Dans notre étude, cela s'interprète mieux comme une relation de voisinage voire celle d'un réseau. Selon la géographie économique, le réseau plus concentré par rapport à un réseau plus grand semble mieux fonctionner (Mérenne-Schoumaker, 1996). Dans le cadre du système de santé en CI, plus la région est grande, plus l'emprise de l'administration régionale semble faible en termes d'action effective. Notre conclusion participe à la diversité des analyses issues de l'accessibilité. En effet, cette diversité fait apparaître trois grandes tendances. D'abord, certaines études ont trouvé que l'accessibilité n'a aucun effet négatif sur la performance financière (la mobilisation du revenu). Cette position est défendue par Heller (1982) en Malaisie et Akin *et al* (1986) aux Philippines. D'autres études, comme celles de Waddington et Enyimayew (1989, 1990) au Ghana, Gertler et Van der Gaag (1990), Yoder (1989) au Burkina Faso, et De Bethune (1989) au Zaïre permettent d'en déduire que la performance est affectée négativement à partir des groupes indigents ou

les plus vulnérables. Nous mentionnons ce point car des études ont déjà montré que, dans une population plus pauvre, les coûts du transport deviennent une barrière d'accessibilité financière (Russell, 1996; Dumoulin et Kaddar, 1993) qu'on peut combiner à l'accessibilité géographique. Enfin, une dernière tendance affirme qu'en présence de la qualité des soins, l'accessibilité ne peut être une barrière à la performance financière vue sous l'angle des revenus d'utilisation (Litvack et Bodart, 1993; Lavy et Germain, 1994; Akin *et al*, 1986).

Les résultats indiquent que plus le gestionnaire est âgé, moins le CH est rentable. Ce phénomène s'explique : d'une part, la plupart des gestionnaires administrateurs sont les plus jeunes. Donc, l'expertise la plus recherchée se trouve auprès des jeunes. Ce constat confirme la justesse du programme de formation des administrateurs. L'objectif escompté de la Banque mondiale était de permettre une amélioration de la performance en termes de gestion des CH (Loukou, 1995; Coffi, 1990; The Lancet, 1988; Garner, 1989). D'autres part, l'expérience en gestion ne semble pas suffisante pour compenser la connaissance acquise par les gestionnaires. En effet, les plus expérimentés sont les plus âgés, mais les plus fortes performances ne suivent pas nécessairement les grandes expériences. Cela demeure conforme à certains travaux dans la comparaison des études organisationnelles entre pays en développement et pays occidentaux. Selon cette étude, l'administration publique ne fonctionne pas efficacement. L'auteur en attribue une partie de la responsabilisation au manque de ressources ou d'expertise. Cependant, nos résultats avaient déjà indiqué que les CH les plus rentables n'étaient pas forcément ceux gérés par des administrateurs. Ceci est conforme à Mintzberg (2002) qui estime que la formation et la qualité de bon gestionnaire ne sont pas toujours associées positivement.

L'aisance financière est associée négativement à la rentabilité. Ce qui veut dire que, plus le CH dispose de subventions par rapport au nombre de lits, moins il est performant quant à la PRCAS. En fait, les CH travaillent avec des budgets consolidés et ont tendance à être moins prudents en présence d'abondance de ressources financières. La PRCAS, qui devrait permettre de mobiliser des ressources additionnelles, devient peu pertinente dans un tel contexte. Elle se présente comme un bonus, dans une certaine mesure.

L'augmentation du budget médicament, lorsque la population est en moins bonne santé, semble être associée à une plus faible rentabilité des CH. Cette même relation est observée entre le rendement des capitaux et la charge de morbidité globale. Plus cette charge est élevée plus la rentabilité du CH est faible. Donc, une population en mauvaise santé réduit la rentabilité de la PRCAS dans les CH. Cette observation mérite qu'on s'y attarde. Le contexte spécifique du système de santé ivoirien pourrait justifier cela. En principe, l'utilisation devrait être plus forte dans les populations en moins bonne santé. Et, lorsque l'on jette un regard sur les travaux de Ayé (2001), on voit que le capital social est un élément fondamental à l'utilisation des services de santé : en l'absence d'un programme d'assurance-maladie, ce mécanisme de solidarité qui permet à la population de faire face aux coûts des soins. Mais dans une communauté où la population est en moins bonne santé, la capacité économique globale peut être plus faible. Ce qui peut réduire la propension à payer les soins par le biais de la disposition à payer et/ou de la capacité de payer. La CMG mesure la perte du nombre d'années de vie. Elle peut indiquer l'abaissement de l'expérience de vie en bonne santé. Or, la structure de la population en CI est pyramidale (INS, 1995). L'indicateur de dépendance est très élevé. Il dit que la part de la population jeune et vieille qui dépend de la population active est importante. Ainsi, en mettant en rapport, les ressources et les résultats, il se pourrait que la rentabilité des CH des régions à CMG élevée soit inférieure à celle des régions à CMG plus basse.

5.4.2 LA LIQUIDITÉ

a) **Les associations positives**

Nos résultats montrent que la liquidité semblent positivement associée aux variables suivantes : l'aisance financière, la CMG, le score global de la PRCAS, l'expertise, la conformité, la professionnalisation du personnel soignant, l'accessibilité des CH situés dans un rayon de 100 km par rapport à ceux qui sont au chef-lieu de la localité, la professionnalisation non médicale, la formation, la taille, la spécialisation des CH avec deux médecins spécialistes par rapport à ceux qui en ont plus de deux, la dotation en ressources médicales, l'intéressement du personnel, le budget médicament, l'intensité de la participation de la population et du personnel à la gestion. À ces variables s'ajoutent les interactions entre l'aisance financière et le budget médicament ou la formation, entre la

charge de morbidité globale et le budget médicament, entre l'expertise et l'intensité ou l'intéressement du personnel ou l'investissement ou la formation ou le score global de la PRCAS. D'autres interactions sont positivement associées à la liquidité : Il s'agit de celles entre la dotation en ressources médicales et l'intéressement du personnel, entre l'expertise des attachés administratifs et l'intéressement du personnel, la conformité et l'investissement, le ratio de la population régionale par médecin et l'investissement.

La contribution des variables explicatives du modèle est plus importante lorsque la variable dépendante est un indicateur de la liquidité en comparaison avec les indicateurs de rentabilité.

b) Les associations négatives

Les variables qui entretiennent directement une relation négative avec la liquidité sont l'accessibilité des hôpitaux situés dans un rayon de 100 km du chef-lieu de la région, l'expertise des CH dirigés par les gestionnaires non administrateurs ni attachés, l'âge, la population régionale par hôpital, le niveau d'activité économique, la professionnalisation du personnel non médical, la formation, la spécialisation des CH sans médecin spécialiste par rapport à ceux qui en ont plus de deux, l'aisance financière, la dotation en ressources médicales, l'intéressement du personnel, la dotation en ressources paramédicales, les assurés et la densité de 40 à 79 habitants au kilomètre carré par rapport à la densité de plus de 79 habitants au kilomètre carré. À ces variables, il faut ajouter les interactions entre l'expertise des autres gestionnaires et le budget médicament ou l'investissement ou la formation, la taille et la formation, l'accessibilité des CH dans un rayon de 100 km par rapport au chef-lieu avec l'investissement, la dotation en ressources médicales avec l'investissement, entre l'aisance et la formation.

5.4.3 L'EFFET D'INTERACTION

L'effet des variables contextuelles est manifeste à trois niveaux :

- 1) la modification de la nature ou de l'ampleur de l'association entre la santé financière et certaines variables indépendantes;

- 2) l'amélioration de la part de variance expliquée;
- 3) la réduction des erreurs-types qui est un signe de diminution de la partie aléatoire des modèles.

En conclusion, la santé financière est influencée par le contexte. En tenant compte de ce dernier, on améliore davantage la compréhension de la variation de la santé financière générée par la PRCAS. D'ailleurs, dans l'analyse du troisième objectif, à savoir l'impact de la PRCAS sur la santé financière, le taux de croissance des ressources propres n'était expliqué par aucune variable. Mais, en tenant compte des effets d'interaction, on arrive à une variation expliquée allant de 24 à 54%. Des résultats similaires ont été trouvés dans d'autres études. Pour Hamilton et Shergill, (1992) la structure explique 39% (croissance) à 49% (rentabilité) de la variable de la performance financière. À partir des théories de la contingence et de la dépendance des ressources, Séguin et Chanlat (1992) arrivent aux conclusions que les variables structurelles, environnementales et démographiques influencent la performance de l'organisation. D'autres auteurs comme Benson (1977), Blau et ses collaborateurs (Blau, 1968; Blau, Heydebrand et Stauffer, 1966; Blau et Schonenherr, 1971) sont également du même avis. Il en est de même pour Forget *et al* (1995) qui soutiennent que les conditions externes à l'organisation et le champ de force interne constituent les deux grandes dimensions de la dynamique organisationnelle qui ont un impact sur la performance des entreprises publiques. Enfin, des études démontrent une association positive entre l'ensemble des facteurs organisationnels et la performance financière (Hopkins *et al*, 1997). Ailleurs, d'autres présentent un modèle qui montre comment l'effet de performance d'une stratégie est modifié par les variables modératrices que sont la structure de l'industrie et des facteurs organisationnels (Datta, *et al*, 1991). En évolution permanente, elle stabilise elle-même son fonctionnement par interaction avec son environnement interne et externe. Dans la même logique, Conrad et Roberts-Gray (1988) affirment qu'il faut synthétiser les perspectives actuelles de l'implantation des processus dans une forme telle qu'elle puisse être aisément utilisée pour vérifier la congruence entre les nouveaux programmes et leurs environnements organisationnels.

5.5 LE BIEN-FONDÉ DU MODÈLE

Cette étude s'inscrivait dans le cadre de la PRCAS. Nous avons élaboré et testé une partie du modèle. « Déjà le cadre conceptuel de la PRCAS pourrait être expliqué à partir des huit principes de l'IB, de ses quatre éléments clés et d'observations empiriques combinées avec les textes réglementaires et législatif de la PRCAS. La PRCAS assure l'efficience (Akin, 1986; Shaw et Driffin, 1995; Griffithn, 1992), l'amélioration des services, l'équité, la satisfaction, l'accessibilité, la viabilité financière à maintenir les infrastructures et à les pérenniser (Soucat et al., 1997). Les effets de la PRCAS sont donc multiples (cf. modèle conceptuel; UNICEF, 1992; GILSON, 1992 ; Nolan and Turbat, 1995 ; Russell and Gilson, 1995 ; Gilson, 1997). En outre, les PRCAS devait permettre l'atteinte des objectifs spécifiques dont les principaux sont les suivants : améliorer la qualité des soins, accroître l'utilisation des services de santé, augmenter l'accessibilité aux soins de santé, améliorer la gestion, faire participer la population à la gestion, rechercher la santé financière des établissements de soins, viser l'équité des services de santé dispensés à la population et améliorer la satisfaction tant chez le patient que dans l'ensemble de la population. Plusieurs travaux dont ceux de Gilson, Alilio et Heggenhougen, (1994); Newman et al., (1998) les ont aussi mentionnés.

Terminons en élargissant l'analyse à son bien fondé par l'utilisation de la littérature, de notre étude et de nos observations. Nous ferons une analyse selon la PRCAS globale et ses différentes dimensions. Ainsi, tel que présenté à la figure 6, nous verrons successivement la politique du médicament, la formation, les investissements, la décentralisation, la tarification, l'intéressement du personnel et certains effets de la PRCAS (l'équité, l'utilisation, la santé financière).

La politique du médicament constitue l'un des piliers de l'IB. Le médicament doit contribuer largement à la réussite de la PRCAS. En cela, la littérature s'accorde sur le fait que les médicaments sont aussi générateurs de revenus qui, à leur tour, seront utilisés pour améliorer la qualité des services de santé (OMS, 1988a).

En outre, la qualité perçue est constituée et surtout par la disponibilité du médicament. C'est le cas en Zambie, où N'kamba *et al* (2002) ont trouvé que la qualité perçue est appréciée à partir de huit critères : traitements et diagnostics corrects; la possibilité de voir le médecin; l'explication des problèmes médicaux; la courtoisie du médecin; la courtoisie du personnel infirmier; le choix du médecin; la disponibilité des médicaments; le confort et la propreté.

Quant à la qualité technique, elle peut être vue comme le fait de permettre de dispenser un ensemble exhaustif de soins où le médicament complète le traitement requis. En effet, les coûts élevés des soins amènent souvent les gens à opter pour des solutions de remplacement à la médecine moderne (Ahrin, 2001). C'est le cas de la médecine traditionnelle avec son lot de risques. En rendant les soins modernes accessible et exhaustifs par la disponibilité des médicaments, on améliore sa qualité technique.

Toutefois, il reste quatre obstacles critiques à surmonter : l'utilisation irrationnelle des médicaments; le financement inéquitable des soins de santé, incluant les médicaments; les systèmes de production non fiables; les prix élevés des médicaments (Quick, 2003). À ces phénomènes, on peut ajouter le détournement vers le marché noir de produits pharmaceutiques, par un personnel de la santé aux revenus trop bas.

Dans l'ensemble, les études soutiennent que la disponibilité des médicaments est une composante très importante qui améliore en partie la qualité des soins. Ceci valide le fait que la politique du médicament, en tant que pilier d'implantation de la PRCAS, entraîne une augmentation de la qualité technique et perçue des soins de santé. Nos données nous ont permis de conclure à la réussite de l'implantation de la PRCAS et à la production de son effet de santé financière sans nous attarder à la qualité. Cette dernière n'était pas visée par notre collecte de données.

En ce qui concerne la formation, il s'agit d'une apparente évidence. La compétence est acquise à partir de la formation qui est le moyen de standardiser les méthodes techniques de travail en vue d'une meilleure productivité. En contrôlant les facteurs individuels et organisationnels contribuant à faire varier la production, une formation supérieure devrait engendrer une plus grande disponibilité des compétences dans le domaine enseigné. D'ailleurs, c'est en cela qu'à partir des travaux comme celui de Trisolini (2002), des exemples de vérification de cette hypothèse ont eu lieu à travers la technique qui entraîne une meilleure gestion de la qualité totale. En Afrique, on peut citer les travaux de Kelley (2001) au Niger et Kelley (2003) au Mali, où la formation des médecins à partir de guides de pratique a permis l'amélioration de la qualité des soins maternels. Carteron (1987) a trouvé que la formation professionnelle contribue à l'amélioration des performances et à l'épanouissement des hommes dans l'entreprise.

Par ailleurs, afin d'améliorer des compétences cliniques et en gestion, l'hypothèse est soumise à la disponibilité des moyens permettant de financer les formations. Si l'on jette un regard sur la faiblesse des recettes obtenues à partir de la politique du recouvrement, il n'y a pas d'autosuffisance en la matière. Ce qui veut dire que cette hypothèse est tributaire des subventions extérieures. Pourtant, l'implantation de la PRCAS se justifie à partir de la crise de financement du secteur de la santé. Il devient paradoxal que, pour résoudre un problème de gains en ressources financières additionnelles, on ait besoin d'apports financiers supplémentaires. Cela explique que l'on assiste souvent à une irrégularité ou une absence préjudiciable de la formation qui devait accompagner la PRCAS. On peut soutenir que cette hypothèse demeure certes valide, mais qu'elle est faible dans la mesure où elle est difficile à réaliser sans apports extérieurs. Nos résultats concernant l'influence de la PRCAS sur la

santé financière indiquent que la formation n'a pas eu d'impact sur la santé financière si on fait abstraction des effets d'interaction. En plus, Mintzberg (2002) a relevé des résultats similaires en se questionnant sur la validité du lien entre la formation des gestionnaires et leurs performances.

Pour ce qui est des investissements, la littérature sur l'IB avance que les objectifs théoriques de la PRCAS sont de disposer de ressources financières additionnelles suffisantes pour offrir les soins de santé requis. Peut-on en déduire que les ressources additionnelles sont susceptibles de faire face aux dispendieux besoins en investissement des CH?

En réalité, les sommes accumulées sont trop faibles pour constituer un capital d'investissement. Néanmoins, elles représentent un faible pourcentage des charges récurrentes partielles, à savoir les coûts récurrents sans les charges salariales (Arhin-Tenkorang, 2001). En général, les investissements sont effectués à partir des subventions reçues. D'ailleurs, cela n'a jamais été l'objet de l'IB. La réforme a toujours préconisé la couverture de dépenses récurrentes et non des charges en investissement. Mais, dans les faits, nous avons assisté à certains investissements de ce genre en CI. Citons le cas de l'achat d'équipement de laboratoire ou de radiologie dont le paiement est fragmenté en plusieurs mensualités de sorte à les rendre afin qu'il soit comptabilisé comme une charge d'exploitation. En pratique, une grande disponibilité des ressources et services suite à une augmentation des investissements, fonctionne, mais elle demeurera aussi faiblement valide.

Quant à la décentralisation, selon la définition du dictionnaire, elle est le fait de rendre plus autonome. On peut parler de décentralisation politique, administrative, de la gestion, etc. La décentralisation apparaît importante dans la PRCAS car l'IB stipule qu'à partir de la décentralisation, on peut produire des soins de santé qui répondent mieux aux besoins de la population locale (Saide et Parada, 2001).

Dans la perspective de l'IB, la décentralisation consiste à donner aux communautés humaines naturelles (agglomérations, régions géographiques, par exemple) la possibilité de choisir elles-mêmes les personnes qui vont régler les problèmes locaux. Les autorités locales élues ne sont nullement soumises au pouvoir central comme le sont les autorités

déconcentrées, bien que l'État puisse effectuer des contrôles. Dans la réalité, cette décentralisation est exprimée par une participation croissante de la population et du personnel local dans la mesure où ils doivent s'impliquer dans les orientations de la gestion. Ainsi, la participation s'exprime de deux manières : par la contribution financière et par l'implication dans les décisions de gestion. Le premier niveau semble aller de soi. Il se justifie par le fait que le paiement des soins exige que la population participe au financement de la santé. Cette participation relève plus des mécanismes du marché.

Par ailleurs, en pratique, l'application de la décentralisation pose des problèmes. Ces derniers peuvent être liés à la notion de participation communautaire, mécanisme de décentralisation manifeste. Selon Foirry, en fonction du type de statut des structures sanitaires, le terme de « communautaire », *a priori* très ambigu voire fantasmagorique, a une signification différente : la communauté est simple cliente, partenaire ou propriétaire. On peut donc dire que les vertus de la participation semblent théoriques. En pratique, la littérature est quasi-unanime quant aux difficultés soulevées par la notion de participation (McPake et coll., 1992; Fournier et Potvin, 1995; Diakité, 1998; Gilson et al, 2000; Ahrin-Tenkorang, 2001). En effet, selon ces travaux, on peut démontrer que la participation ne paraît pas réelle mais illusoire. Ainsi, on peut relever quatre idées principales. D'abord, la participation se limite le plus souvent à transmettre de l'information de l'administration centrale vers le système local sans que le feed-back soit important. Ensuite, la représentativité est très critiquable dans la mesure où l'administration centrale continue d'avoir une très forte représentation par rapport à la population locale. Puis, il y a le problème de l'expertise en général non appropriée pour la participation de la population ou du personnel. Enfin, la représentation de la population néglige souvent la part des groupes les plus pauvres, de sorte qu'une bonne partie de la population est oubliée dans la prise en compte des besoins en santé.

En somme, on ne pourrait dire que la décentralisation n'a pas été effective au point de pouvoir être manifeste. On pourrait plutôt la remplacer par une déconcentration, comme précédemment énoncé. Cette notion étant un moyen de désengorger l'administration centrale, elle correspondrait mieux au type de décentralisation adopté dans l'IB. Vu sous cet angle, certaines hypothèses subséquentes ne sauraient être confirmées. C'est le cas d'une plus grande décentralisation qui permet une plus grande de participation de la

population et du personnel à la gestion. C'est aussi l'exemple de l'augmentation de la qualité technique qui peut être due à une augmentation des facteurs suivants : la motivation du personnel à la production, la disponibilité des ressources et des services, l'adéquation des ressources par rapport aux besoins, la motivation du personnel à offrir des services de qualité, la compétence clinique et la politique du médicament.

Quant à la dimension tarification, elle tire son fondement de la théorie économique classique selon laquelle l'homme est un agent économique rationnel. L'homme en tant qu'*homo economicus* est motivé par les gains monétaires (Smith, 1976). Ceci modulerait son comportement de consommateur recherchant la maximisation de son utilité dans un souci d'efficacité. Ainsi, il devient apparent que la gratuité des soins peut engendrer une accessibilité aux soins sans souci d'efficacité. La tarification nécessite un contrôle régulier de la part des autorités étatiques. Il s'agit des contrôles de légalité et d'opportunité. Lorsque l'on entre dans le domaine des finances publiques ou de la comptabilité, l'on doit faire face à ce genre de contrôle.

Mais il est difficile d'évaluer si la réduction de l'utilisation se limite seulement aux usages abusifs uniquement. En fait nombreuses études ont relevé une réduction de l'utilisation et en général, la cause principale semble être associée aux barrières affectant l'accessibilité plutôt qu'à un souci de comportement efficace. Néanmoins, la réduction peut être considérée comme un effet positif de ce comportement. D'ailleurs, la tarification n'est pas un phénomène nouveau dans les pays ayant adopté l'IB. Dans cette perspective, van Der Geest (1992) soutient qu'en Afrique Sub-Saharienne, la monnaie n'est pas une nouveauté et que le paiement des biens et services n'est pas en conflit avec les traditions de réciprocité existantes dans le domaine des soins de santé. L'auteur affirme également que la monnaie est un artifice culturellement incorporé dans la recherche de la satisfaction des besoins. Il ne semble donc pas avoir d'objection culturelle à la tarification. La raison culturelle de son rejet paraît injustifiée. Dans d'autres pays, l'ampleur des pratiques informelles de la tarification peuvent indiquer le bien-fondé de l'implantation de la tarification qui ne semble pas être un obstacle insurmontable à l'utilisation des soins. Résumons dans le tableau suivant quelques exemples de paiements informels en Europe de l'Est (Thompson et Witter, 2000) :

TABLEAU LII - Paiement informel dans les économies en transition

Pays	Méthodologie	Résultats
Bulgarie (Delcheva et al., 1997)	Enquête sur 706 patients âgés de 18 ans et plus dans les deux années antérieures.	<ul style="list-style-type: none"> • 49,2% des services payés sont officiellement gratuits. • 65% des patients sont en faveurs de la tarification.
République Tchèque (Masopust, 1989)	3767 répondants ont été analysés pour déterminer pourquoi ils donnent des cadeaux aux travailleurs de la santé.	<ul style="list-style-type: none"> • 31,3% des répondants ont offert un petit cadeau pour manifester l'appréciation du traitement. • 27,7% offre des cadeaux pour obtenir un meilleur traitement. • 7,1% donnent des cadeaux dans la peur de ne pas recevoir des traitements. • 10% sont convaincus que l'effet des pots de vin stimule le bénéfice des meilleurs soins
Estonie (Barr, 1996)	Un échantillon aléatoire stratifié de 1000 médecins sur le lieu de travail.	<ul style="list-style-type: none"> • 60% des médecins reçoivent au moins un cadeau non monétaire par semaine. • 15% ont reçu de l'argent comme pourboire dans la semaine précédente. • Le montant moyen de ceux qui ont reçu les pourboires est de 18,5% de leur salaire mensuel.
Kazakstan (Ensor & Savelyeva, 1998)	Enquête non aléatoire de 45 patients pour établir l'étendu des contributions du patient pour les soins.	Les patients contribuent entre 20 à 30% du budget de santé de l'État sous forme de paiements de soins uniquement, soit 140 millions USD en 1996.
Kyrgyzstan (Falkingham & Abel, 1995)	Des enquêtes sur 2000 ménages et faisant de l'information sur 8511 individus.	25% des patients font un cadeau au personnel.
Pologne (Chawla & al., 1998)	Un échantillon aléatoire de 3845 familles comprenant 12 359 personnes.	<ul style="list-style-type: none"> • Les pratiques informels de paiement ont début à la fin des années 1970. • Sur les 46,2% de toutes les dépenses assumées par le patient dans un épisode de soins d'hospitalisation, 81% vont aux médecins.

En outre, les auteurs soutiennent qu'il y a sept facteurs pouvant influencer les paiements informels. Il s'agit des facteurs suivants : la tradition de donation de cadeaux, les salaires des travailleurs de santé, la disponibilité des fournitures, la qualité des services, le rôle des professionnels de santé, la configuration de la régulation, l'implication du secteur privé. L'importance du paiement informel, montre que l'introduction de la tarification ne peut être vue comme une pratique néfaste pour les systèmes de santé.

On peut conclure que l'hypothèse selon laquelle la tarification est facteur de réduction de la gabegie et d'harmonisation des frais, entraînant une réduction d'utilisation abusive, se vérifie. Les travaux de Liu et Mills (2002) confirment cette validité en Chine en soutenant qu'il y a eu une réduction des coûts de gaspillage à travers une gestion efficace.

Quant à l'aspect intéressement du personnel, commençons par une définition de l'intéressement en tant qu'incitatif financier. Selon Saltman (2002), l'incitatif peut être strictement défini comme une récompense implicite ou explicite pour être performant dans un acte donné. Il peut être appliqué à une organisation, un groupe, un individu ou à sa source soit interne ou externe. Il peut améliorer ou dégrader la performance en termes d'efficacité opérationnelle des organisations de soins de santé. Il peut être l'intérêt personnel (économie néoclassique), l'autoglorification, le partage du pouvoir, l'autonomie, la compensation financière, etc. Il s'agit d'une stratégie de gestion pour motiver le personnel. Cette logique est confortée par certaines études telles celles de Franco *et al* (2002), Chernichosvsky et Bayulken (1995) Pannurunothai, Boonpadung et Kittidilokkul (1997). En dépit du fait que la philosophie sous-tendant beaucoup de programmes de réforme du secteur de la santé indique souvent que cet argent est un élément clé de motivation dans le contexte de travail, la littérature est unanime pour soutenir que l'IP n'est pas suffisant à lui seul pour assurer la motivation. En effet, à partir des travaux de Maslow (1943), Argyris (1957), Perrow (1972), Likert (1961) et McGregor (1960) l'école des relations humaines précisément avec sa branche interactionniste, montre que l'individu dans une organisation ne réagit pas uniquement comme une personne mais comme membre d'un groupe et qu'il est très sensible aux sanctions et aux récompenses des autres membres du groupe. Elle découvre aussi que l'argent n'est pas le seul élément capable de motiver un individu et que des récompenses intangibles, comme l'acquisition d'un statut parmi son groupe de travail, l'élargissement des tâches et la participation des travailleurs peuvent être

tout aussi importantes comme facteurs de motivation pour ces derniers (Séguin et Chanlat, 1987). Le concept d'incitatif peut refléter une variété d'objectifs humains. Certains parlent d'incitatifs charitables tandis que d'autres évoquent des incitatifs égoïstes. Dans le secteur de la santé, les incitatifs peuvent inclure, mais en allant au-delà, des récompenses financières et doivent être sensibles pour être associés aux types de motivation (Saltman, 2002).

La persistance et la prolifération des « dessous de table » montrent que les incitatifs financiers contenus dans les réformes de tarifications sont insuffisants par rapport aux gains réalisés à partir des pratiques informelles de corruption. C'est le cas en Chine, en Tanzanie, en Angola, en CI, etc. Les résultats de la présente recherche montrent que l'intéressement du personnel (IP) ne motive pas. Au Zimbabwe, Hecht *et al* (1993) ont trouvé que l'IP est faible et insuffisant pour motiver.

On en conclut que le postulat selon lequel l'intéressement du personnel (IP) susceptible d'être un incitatif financier et d'accroître la motivation pour assurer une plus grande production, ne peut être maintenu dans son état actuel.

En ce qui concerne les effets de la PRCAS, nous en examinerons les principaux dont l'équité et la santé financière. Ces effets vont être traités simultanément car ils sont fortement reliés dans un cycle logique.

La définition de l'équité est fort diversifiée. Selon les travaux de Mooney (1987), on peut l'incorporer à l'un ou l'autre des principes suivants :

- À besoins égaux, dépenses ou ressources égales (c'est-à-dire que les ressources sont allouées à un groupe ou à une zone géographique particulière proportionnellement à ses besoins ou à sa demande dans le domaine de la santé);
- À besoins égaux, accès égal (c'est-à-dire que tous les individus ayant les mêmes besoins aient les mêmes possibilités d'accès aux services de santé);
- À besoins égaux, utilisation égale (ce qui suppose que l'on conçoive un système permettant d'utiliser les services de santé au prorata des besoins);

- Égalité devant la santé (laquelle devra sans doute être corrigée de certaines variables dont l'âge et le sexe).

L'équité peut prendre deux formes : horizontale ou verticale (Alberts, *et al* 1997). L'équité horizontale réfère à l'égalité de traitement pour des égaux, alors que l'équité verticale renvoie à l'inégalité de traitement pour des inégaux. Comme exemple de mécanisme d'équité horizontale, on peut citer l'égal accès pour tous et l'accès universel. À titre d'exemple de mécanisme d'équité verticale, citons le paiement sur la base de la capacité à payer. Il est important de mettre l'accent sur l'équité verticale qui présente de véritables différences. Ainsi, la plupart des théories ont tendance à définir l'équité en termes d'accès en fonction des besoins plutôt qu'en termes de santé ou de consommation de soins de santé. Traditionnellement, l'équité est enracinée dans la notion de justice distributive qui est une fonction du modèle de distribution des résultats ou de l'accès aux soins de santé (McIntyre et Gilson, 2002). Autrement dit, la notion d'équité fait appel à celle de distribution associée à la justice et à l'égalité.

Le phénomène d'équité est multi-sectoriel et non pas propre uniquement au secteur de la santé. Il n'a pas lieu non plus que dans les pays du tiers monde. Il n'existe pas de modèle parfait en l'état actuel de la littérature qui puisse fournir un exemple concret de réussite en matière de politique d'équité. D'ailleurs, dans la perspective de la Banque mondiale, Gwatkin (2003) effectue un bilan qui mérite qu'on s'y attarde. Pour l'auteur, l'un des problèmes majeurs est de pouvoir déterminer la population particulièrement visée par les problèmes d'équité. Selon lui, 14% des bénéficiaires des dépenses gouvernementales en matière de services de santé en Côte D'Ivoire vont aux 20% les plus pauvres de la population, lorsqu'il s'agit des soins primaires. Et 22% vont aux 20% les plus riches. Quant à l'ensemble des soins, 11% des bénéficiaires vont aux 20% les plus pauvres et 32% reviennent aux 20% les plus riches soit pratiquement le triple. En outre, la Guinée qui est vue comme un exemple de réussite de l'IB, présente des pourcentages assez tristes. Pour les soins primaires, 10% des bénéficiaires vont aux 20% les plus pauvres et 36% vont aux 20% les plus riches. Pour l'ensemble des soins, 4% vont aux 20% les plus pauvres et 48% vont aux 20% les plus riches (Castro-Leal *et al* 2000). L'inéquité semble la plus prononcée en comparaison avec le reste du tiers monde. Ainsi, 12% des soins totaux de santé vont aux 20% les plus pauvres tandis que 30% vont aux 20% les plus riches. En Amérique latine,

29% des bénéficiaires vont aux 20% les plus pauvres et 14% aux 20% les plus riches (Gwatkin 2001). Et 64,9% des pays ont un traitement de la diarrhée en faveur des 20% les plus riches de la population. Il en est de même pour 95,6% des accouchements et pour 76,4% des traitements pour infection respiratoire aiguë. Pour ces trois interventions, le pourcentage de cas de traitement dans le public augmente au fur et à mesure qu'on s'élève dans le quintile supérieur. Cette observation est plus marquée avec les accouchements où, à partir des données de 45 pays, on constate que 60,2% des cas relèvent des 20% les plus riches de la population.

Pour l'instant, aucune approche ne parvient encore de rejoindre tous les pauvres en excluant tous les non pauvres. En Afrique, la méthode fondée sur les exemptions des pauvres a eu un faible impact (Gilson, Russell et Buse, 1995; Nolan et Turbat 1995; Russell et Gilson, 1995; Waters, 1994). Or, en CI on a justement opté pour la méthode des exemptions, ce qui aurait pu rendre pessimiste si on s'en était tenu là. Mais plusieurs mesures ont été entreprises : la gratuité ou le tarif très réduit dans les PMI (femmes et enfants) et SSSU (élèves et étudiants), pour les services préventifs BSR/DISTRICT (gratuits, certaines vaccinations), les grands endémies (gratuits) ; centres de santé ruraux (soins obstétricaux à kit gratuit), services sociaux des hôpitaux (politiques d'exemption), équipe d'unité mobile combinée à la stratégie avancée (la ressource va vers la population cible). Lorsque l'on ajoute le phénomène du capital social (Ayé, 2001 ; Ayé et al., 2002) on peut soutenir que les conditions d'amélioration de l'équité sont suffisamment réunies. Cet argument est appuyé par certains travaux sur l'équité. En fait, l'équité peut aussi résider dans la théorie de l'engagement et de la compassion de Sen (1977). En effet, selon l'auteur, un individu qui s'engage choisit d'accomplir un acte en sachant qu'il lui procurera personnellement un degré de bien-être inférieur à celui qu'il tirerait d'un autre également à sa portée. Il justifie ce choix par le fait que le comportement fondé sur la compassion est en grande partie égoïste car l'individu se réjouit du plaisir de l'autre et souffre de sa douleur, et la recherche de son propre intérêt peut être favorisée par une attitude compatissante. Dans la même vision, Culyer (1976) soutient que l'équité peut être vue comme une externalité. Pour cet auteur, si des individus sont touchés par l'état de santé des autres, c'est tout simplement parce que la plupart s'y intéressent.

Bien que le modèle parfait n'existe pas en la matière, plusieurs pays ont consenti à des efforts notables à travers des mesures multiples pour faire face au problème d'équité. Des résultats encourageant peuvent être relevés. En retenant le critère d'accès aux soins, on peut citer les exemples suivants : au Bénin, dans les centres de santé ruraux, des pauvres ont eu accès aux soins de santé même avec un pouvoir d'achat ne leur permettant pas dans l'immédiat (Gbedenou *et al*, 1994). En Afrique du Sud, d'importantes mesures ont été prises dans l'un des pays aux inégalités sociales très élevées (McIntyre et Gilson, 2002). En Islande, la tarification a entraîné une inéquité entre le rural et l'urbain en échange d'une efficacité croissante (Almarsdottir *et al*, 2002). En Thaïlande, le *Low-Income Support Program* a permis en 1990 de couvrir 65% de la population pauvre. Cette dernière est estimée à environ 80% de la population totale. En 2001, cette initiative a été fusionnée avec une politique de soins universels introduite par un nouveau gouvernement. Ailleurs, les initiatives appliquées en Amérique latine ont connu plus de succès (Willis, 1993).

Toutefois, les études ont montré que les structures communautaires reflètent rarement le point de vue de la population élargie. Les décisions critiques prennent rarement en compte les besoins des groupes les plus pauvres et ils ne sont jamais directement impliqués dans la prise de décision. La voix des plus pauvres dans la communauté, parce qu'on ne l'entend jamais, est encore moins influente. Il faut se demander comment, dans cette perspective, les preneurs de décision peuvent juger de la protection de ce groupe par rapport à la charge de paiement, ou assurer les bénéfices qu'ils doivent obtenir (Gilson *et al*, 2000). Donc, la dimension équité peut être amoindrie par une faible décentralisation et une faible participation.

Au niveau des autres effets, en général, les hypothèses peuvent être infirmées ou confirmées dans plusieurs pays en Afrique (Parker et Knippenberg, 1991 ; voir tableau I, p. 40). Il en est de même d'autres effets présentés dans le tableau suivant (Gilson *et al*, 2000) :

TABLEAU LIII - Exemple d'effets de la PRCAS

Zone d'amélioration	Bénin	Kenya	Zambie
Accès géographique	Pas vraiment		Non
Disponibilité du médicament	Oui	Oui et moins cher que les alternatives mais des plaintes existent au sujet de la gamme limitée de médicaments disponibles.	Non
Des améliorations de la qualité des soins curatifs au sens large	Oui (exemple expertise)	Pas établies, mais il y a des plaintes au sujet de l'expertise clinique de la communauté des professionnels de santé	Non
Amélioration de l'accès aux services de qualité	Oui	Oui (spécialement les lits effectifs)	Non
Large développement d'activités communautaires	Pas pertinent	Seulement pour certains sites	Pas pertinent

Dans le cas de la CI, en se basant sur les données et nos expériences personnelles en tant qu'experts en PRCAS, on peut tirer plusieurs conclusions sur les effets. La CI avait un système de santé dans un contexte de délabrement total où le manque de ressources financières se posait avec acuité. La PRCAS a permis l'accumulation de revenus additionnels favorisant la disponibilité de prestations de services ou de soins dont la production faisait défaut à cause de la crise. On en déduit une meilleure accessibilité à partir d'une capacité financière en croissance et d'une capacité politique à maintenir la réforme. Il s'ensuit que la santé financière des CH se trouve améliorée également.

Cependant, ces bons résultats ne sauraient cacher des difficultés. Ainsi, l'intéressement n'a pas réussi à motiver le personnel, la décentralisation ressemble plutôt à une déconcentration, et les faibles revenus ne sauraient faire face aux besoins dispendieux en investissement.

5.6 LIMITES DE L'ÉTUDE

En Côte d'Ivoire, il existe toujours eu un système très développé de financement soit formel (tarification pratiquée sur certains produits hospitaliers, spécifique à chaque CH et anarchique) soit informel (« dessous de table »). Le contexte caractérisé par la tradition de paiement pourrait ou non avoir un effet bénéfique pour la PRCAS. Nous n'avons pas pu mesurer cet effet.

Par ailleurs, la recherche s'est effectuée dans un contexte de crise politique : la méfiance était généralisée, la collaboration des services insuffisante, la lourdeur bureaucratique plus accrue. Il s'agit d'une situation érémitique dans laquelle l'équipe de recherche ne pouvait accéder aux données. C'est pourquoi nous avons dû mettre de côté certaines variables contextuelles énoncées dans le chapitre méthode. On peut citer à cet effet le niveau d'alphabétisation, le taux de chômage, le revenu moyen local, la religion, les groupes ethniques et l'âge moyen selon la structure de la population. C'est ce qui explique aussi que la variable du niveau de l'activité économique soit très approximative. Cette mesure de l'activité économique est discutable et pourrait s'avérer peu pertinente.

En somme, sous la contrainte des ressources financières, humaines, temporelles et matérielles, certaines des données n'ont pas pu être soit prises en compte, soit colligées. Ceci pourrait affecter certaines informations, surtout au niveau du quatrième objectif, à savoir l'influence de la PRCAS sur l'effet de santé financière des CH dépendamment du contexte.

Finalement, le talon d'Achille de l'étude pourrait être la faiblesse des degrés de liberté dans les modèles concernant ce dernier objectif. Cependant nous avons corrigé cela en adoptant, entre autres, une méthode de régression progressive : Nous avons introduit les variables une à une. Dans tous les cas, l'importance de ces modèles vient du fait qu'ils offrent de nouvelles avenues qui permettront de mieux orienter des recherches ultérieures. Celles-ci pourraient poursuivre l'étude en tenant compte de la puissance statistique. Il y aurait une amélioration de la validité tant statistique que conceptuelle. Ces études utiliseront ce que nous avons trouvé comme part de vérité.

Au terme de l'exposé sur le bien-fondé du modèle, il convient de voir quelques suggestions susceptibles de permettre une amélioration de l'implantation de la PRCAS en vue d'une consolidation de l'effet de santé financière des CH en CI.

5.7 SUGGESTIONS

5.7.1 SUGGESTIONS LIÉES À LA POLITIQUE

5.7.1.1 Un intéressement du personnel associé à la performance individuelle

Il s'agit de permettre que l'intéressement du personnel soit un véritable incitatif financier. En effet, un des postulats de la PRCAS soutient que l'intéressement devrait inciter le personnel à être performant dans l'atteinte des résultats attendus. Par conséquent, l'intéressement du personnel devrait être positivement associé à la santé financière des CH. Ce qui n'est pas le cas actuellement. Cela nécessite de construire des normes de performance du personnel valables pour les CH. La conceptualisation de ce programme pourrait être confiée à la DEPS et à la DCEIS. Elles devront être aidées par un bureau d'étude expert dans le domaine.

5.7.1.2 L'introduction d'une comptabilité de gestion

Nous avons constaté que les dépenses financées par l'État n'étaient pas déterminées en fonction du coût réel des prestations en termes de prix de revient. De plus, les méthodes de calcul sont rudimentaires dans un environnement de faible formalisation comptable et analytique des flux financiers (Berthomet, 1990). Ceci nous amène à suggérer l'instauration d'une comptabilité de coût. Plusieurs méthodes existent : Citons, à titre d'exemple, la méthode ABC (*Activity Based Costing*) qui nous permettrait de connaître les coûts réels. Mais un tel changement nécessite un travail conceptuel important. En effet, elle n'a jamais existé dans la comptabilité publique des CH. Cette mission doit être confiée à un cabinet comptable et juridique par l'intermédiaire de la DCEIS afin d'assurer la légalité des réformes par rapport aux textes régissant la gestion des organisations publiques en CI. Il faudra aussi renforcer la comptabilité générale publique. Cette proposition est identique à celle évoquée par les Nations Unies en 1968. Elle suggère que les systèmes de comptabilité

soient être développés de manière à permettre le contrôle administratif efficace des fonds et opérations, la gestion de programme et la vérification et l'évaluation internes. Les comptes doivent être développés de manière à révéler efficacement les résultats des opérations de programme comprenant la mesure des recettes et la détermination des coûts des programmes et organisations.

5.7.1.3 Une plus grande décentralisation

Selon l'OCDE (1996), les détracteurs de la centralisation tels que les pays de l'Europe continentale (par exemple l'Allemagne, l'Espagne, la France et la Suisse) attachent eux aussi de l'importance à l'unité de la fonction publique. Cependant, pour certains, la déconcentration de la gestion des ressources humaines et l'abandon concomitant de systèmes centralisés et uniformes sont considérés par les organes centraux de gestion comme risquant de saper l'unité de la fonction publique et suscitent une vive opposition de la part des employés et de leurs syndicats. D'un autre côté, le passage à une gestion plus déconcentrée a été plus facile, à bien des égards, dans les pays nordiques, où la fonction publique a traditionnellement été fondée sur l'emploi, les fonctionnaires se sentant rattachés à un organisme spécifique plutôt qu'à un service national.

Quant à la CI, elle semble fonctionner différemment par rapport à la théorie du régionalisme. Cette attitude est mieux comprise quand on se réfère aux travaux de Michalon (1984). Le régionalisme est l'attitude opposée au jacobinisme⁴⁴. Il faut reconnaître l'originalité de chaque région et, en lui donnant les moyens administratifs, politiques et financiers de prendre en charge ses propres affaires, on libérera les énergies que recèlent ces régions.

Si on veut vraiment recouvrer des coûts, une plus grande décentralisation est nécessaire. Il faut responsabiliser les CH dans le domaine de la gestion du patrimoine et des ressources humaines. Il faut renforcer les moyens de contrôle de l'inspection générale afin de garantir la bonne gestion. C'est dans cette voie que les travaux de Coulibaly (1990)

⁴⁴ Le jacobinisme repose sur une hostilité à tout ce qui risque de démembrer et d'affaiblir l'État. Très centralisateur, il est opposé à la création de collectivités trop décentralisées pouvant mettre en danger l'unité de l'État.

trouvent un bel écho. Cet auteur prône une révision des textes pour une plus grande autonomie dans la gestion; une révision des tarifs hospitaliers; un personnel formé, motivé et impliqué; l'amélioration des conditions socio-économiques des patients; un meilleur fonctionnement du plateau technique de l'hôpital pour attirer la clientèle; la tarification de ses différents éléments au coût réel; et une réévaluation des tarifs en fonction de l'évolution économique.

5.7.1.4 Une réactivation de la CNPRCAS

Cette commission, avec un secrétariat permanent, permet de faire un suivi régulier de la PRCAS. Elle doit avoir la gestion du compte F.A.S. Ces fonds sont suffisants pour couvrir les activités. Son budget de fonctionnement sera déterminé par un COGES constitué de représentants des ministères de la Santé, de l'Économie et des Finances, de l'Intérieur, du secrétariat permanent de la CNPRCAS, du CES, de l'Assemblée nationale et de la Primature. Cette composition a pour objet de couvrir tous les groupes d'acteurs intervenant dans la vie des CH en CI.

5.7.1.5 Un renforcement du pouvoir des COGES

Les COGES semblent avoir un rôle de figuration et d'approbation uniquement. Ils doivent être plus impliqués dans la gestion. Par exemple, les COGES devraient être présents au recrutement des ressources humaines, s'impliquer dans des appels de fonds comme le rôle des fondations hospitalières, mener des activités de pérennisation des ressources financières (boutiques de l'hôpital, maison à gérer, campagne de levée de fonds). Les COGES devraient pouvoir suivre régulièrement toute la gestion opérationnelle de la PRCAS afin de mieux apprécier le bilan de fin d'année ou en début d'un nouvel exercice.

5.7.1.6 Une dotation des gestionnaires de vrais pouvoirs de gestion

Les directeurs des CH sont bloqués dans une routine bureaucratique inefficace. Ce n'est pas en jouant un rôle délégué, dans les limites de médecins directeurs régionaux ou départementaux peu rompus aux sciences de la gestion, que l'on peut innover.

L'attribution de vrais pouvoirs aux gestionnaires permettrait aux hôpitaux d'être gérés et non dirigés par des commis ou fonctionnaires de l'État.

5.7.1.7 Une reconceptualisation de certains aspects de la politique des districts

Les districts semblent alourdir certains aspects de la gestion. Comment expliquer qu'au moment où la tendance est plutôt à la décentralisation, les budgets des centres de santé soient confiés à des directeurs départementaux qui visitent ces centres de santé de façon sporadique. En général, ces visites se font une fois par mois dans le meilleur des cas. Malheureusement, ce sont les infirmiers ou sage-femmes qui viennent à la direction départementale en absence des visites requises.

5.7.1.8 Un entretien de la dynamique de la réforme (OCDE, 2001)

Dans un récent document, l'OCDE rappelle que, pour entretenir la dynamique de la réforme, il faut :

- Prévenir la lassitude : mettre en place des organisations capables de s'adapter au changement.
- Garder le cap en encourageant les champions : développer des capacités à diriger en identifiant les leaders et en les formant et stimuler les capacités en encourageant l'innovation et en récompensant les réussites.

Pour réussir, une réforme de la gestion publique doit combiner opportunités, stratégies et tactiques. L'opportunité, ce sont les contextes nationaux spécifiques qui facilitent certaines réformes et en freinent d'autres. La stratégie, ce sont les mesures et actions qui fixent un objectif aux pouvoirs publics, qui précisent des tâches à entreprendre pour obtenir les changements souhaités. La tactique, c'est la méthode utilisée pour mobiliser les soutiens et surmonter les obstacles. La réforme est certes ancrée dans le contexte local. Mais, lorsque des réformes similaires se produisent dans plusieurs pays, les situations qui génèrent le changement sortent généralement du cadre des frontières nationales (Schick, 2001).

La dynamique de la réforme doit aussi passer par des logiques de gestion ajustée. En effet, les systèmes de gestion des performances constituent un moyen puissant de relier la gestion du personnel aux buts et aux stratégies des organisations dans leur ensemble. Ce qui fait dire à Carteron (1987) que la recherche de la motivation est un élément important. (1961) explicite cela en argumentant que, parmi les quatre styles de management (autoritariste, paternaliste, technocratique et participatif), seul le management participatif permet d'atteindre un degré de productivité. Et l'OCDE (2001) complète en disant que les gouvernements tirent souvent la conclusion que le meilleur moyen de motiver les gestionnaires pour qu'ils améliorent leurs performances est de fixer des objectifs de performances clairs et réalistes, de donner aux gestionnaires une flexibilité suffisante pour qu'ils puissent améliorer leur action et de les tenir pour personnellement responsables, ainsi que leurs organisations. C'est cette orientation qui doit dominer le programme de réforme stratégique.

5.7.1.9 Implanter un système d'Assurance Sociale en Santé (ASS) (avec couverture universelle)

L'historique de l'ASS dans le monde ne paraît guère reluisante pour le continent africain. En effet, la première ASS a été introduite en Allemagne en 1883. La plupart des pays de l'Europe l'ont implantée récemment dans les années 1930 et introduites aussi dans un certain nombre de pays à revenu élevé (Japon, Canada et Australie) (Roemer, 1991). Dans les pays à revenu faible et intermédiaire, les pays de l'Amérique Latine ont une plus grande expérience. Mais, l'ASS a aussi été introduite en Asie, en Afrique du Nord et le Moyen Orient (Ron et al. 1990). Par exemple, en Asie, en plus des bonnes expériences en Corée, Taïwan et Singapour, il y a eu l'introduction en Indonésie, Malaisie, Mongolie, les philippines, la Thaïlande et le Vietnam (Ensor, 1995; Gertler, 1998; Nitayarumphong and Mills, 1998; Tangcharoensathien et al., 1999). En Afrique Noire, on peut citer le Kenya qui fut longtemps tout seul. La Tanzanie a également réussi à l'implanter. D'autres pays tels que l'Afrique du Sud, le Zimbabwe et la Côte d'Ivoire sont en train de l'introduire maintenant.

L'importance de l'ASS réside dans le fait qu'elle permet l'atteinte des objectifs escomptés de la PRCAS. Ainsi, l'ASS peut être vue comme un mécanisme pour

améliorer l'équité et l'efficacité l'utilisation des ressources des soins de santé, telle que amélioration de l'accès aux soins de santé pour beaucoup de personnes (Kutzin, 1998). L'ASS peut aussi être des modèles locaux d'assurance santé décentralisée ayant le potentiel pour freiner le cycle de la (1) faible utilisation qui conduit (2) au faible revenu résultant de (3) l'incapacité à maintenir la qualité dans le secteur gouvernemental (Arhin-Tenkorang, Dyna, 2001). Si l'on compare les impacts de l'équité sur les modèles ou les perceptions communautaires à l'égard de l'assurance sur la tarification (Chawla et Ellis, 2000), il semble claire que dans le futur, les réformes dans les pays en développement devraient mettre l'accent sur l'amélioration de l'assurance santé locale, la mise en commun des risques et les systèmes de pré-paiement. Dans cette logique, Ilunga (1995) qualifie le système de pré-paiement de facteur favorisant la réussite des réformes de financement de la santé.

5.7.2 SUGGESTIONS LIÉES À LA MÉTHODE

5.7.2.1 Effectuer une autre étude moins pionnière

La méconnaissance de la réalité structurelle des organisations hospitalières en CI a rendu difficile l'identification des variables à l'étude. Notre travail constitue aujourd'hui une étape exploratoire qui guiderait mieux les analyses à venir. Il est alors important de reprendre une étude avec une approche plus précise du fait de la connaissance des variables importantes.

5.7.2.2 Adopter une méthodologie à la fois quantitative et qualitative

La méthodologie qualitative viendra compléter par triangulation les analyses quantitatives. En effet, la taille de la population totale des CH n'est pas très grande. Néanmoins, avec moins de variables, cette taille devient plus appropriée par rapport à celle utilisée dans notre travail. Ainsi, la méthode qualitative devra remédier aux faiblesses de validité statistique du fait d'une bonne conceptualisation en profondeur. Elle sera plus utile quant à l'identification des variables définitives à retenir pour les modèles à élaborer. En somme, la méthode qualitative consolidera la méthode quantitative.

5.7.2.3 Disposer de plus de ressources

Notre recherche a été menée sous la contrainte de plusieurs ressources. On peut citer à cet effet, le manque de ressources humaines en quantité et en qualité, la faiblesse des ressources financières allouées, le manque de temps pour mener la collecte des données en toute quiétude et dans un environnement socialement et politiquement stable. La disponibilité de ressources suffisantes permettra de mieux investiguer sans les barrières de moyens d'action.

CHAPITRE 6 - CONCLUSION

Au terme de notre recherche, les résultats de l'étude permettent de se prononcer sur les préoccupations des objectifs de notre travail. Ainsi, en les révisant, on peut en déduire notre point de vue.

1) Décrire la mise en œuvre de la PRCAS

Il s'agit d'abord de décrire l'évolution globale de la mise en œuvre de la PRCAS de la période allant du mois d'octobre 1994 au mois de décembre 1998, ensuite d'apprécier l'état de la mise en œuvre en CI au mois de décembre 1998, enfin, de faire le bilan dans chaque hôpital au mois de décembre 1998. À partir de données issues des experts du domaine et des CH, on peut constater que la PRCAS a été suffisamment mise en œuvre en conformité avec les dispositifs législatifs, réglementaires et administratives. Toutefois, les critiques évoquées relèvent en général de considérations conceptuelles de fonds qui ne modifient en rien l'appréciation normative effectuée.

2) Expliquer l'état de mise en œuvre dans les hôpitaux avec les variables caractéristiques de chaque hôpital.

Il s'agira de voir l'impact du contexte sur l'implantation de la PRCAS. Cela nous a permis de savoir que toutes les dimensions de la PRCAS ne sont pas influencées par le contexte. Ainsi, dans les attributs organisationnels, nos travaux ont permis de retenir les variables suivantes : la participation du personnel et de la population à la gestion du CH, la spécialisation des postes médicaux et de la dotation en ressources médicales. Au niveau des attributs du contexte organisationnel notre étude retient l'accessibilité géographique et le ratio régional de population par CH. Il convient de remarquer que six variables du contexte influencent la PRCAS et/ou une de ses dimensions. Seule la couverture de la participation à la gestion n'est pas influencée par le contexte. On peut aussi relever que les attributs du gestionnaire n'ont pas d'impact significatif sur la mise en œuvre de la PRCAS. Cela est d'autant plus normal car, le gestionnaire, dans une administration aussi non décentralisée, semble plus occupé par l'exécution de la politique avec un très faible pouvoir de modification de la politique à implanter.

3) Déterminer l'impact de la PRCAS sur la santé financière des hôpitaux.

Cet objectif consiste à voir l'influence de la PRCAS sur la santé financière. Il a permis d'identifier les dimensions les plus importantes de la PRCAS lorsque celles-ci affectent la santé financière du CH. Les résultats de nos travaux retiennent les quatre dimensions suivantes : l'investissement, l'intensité de la participation à la gestion, le budget médicament et l'intéressement du personnel. Il faut leur ajouter le niveau global de la PRCAS. En dépit du fait que la formation et la couverture de la participation à la gestion n'influencent pas la santé financière du CH, les autres dimensions sont suffisamment importantes pour expliquer une part non négligeable de sa variation.

4) Déterminer dans quelle mesure le contexte vient modifier la relation entre la PRCAS et la santé financière des hôpitaux.

Il s'agira ici de déterminer l'effet de la PRCAS sur la santé financière dépendamment du contexte. Nos résultats montrent que la prise en compte des variables contextuelles améliore beaucoup la compréhension de la santé financière des CH. Il en ressort que l'influence de la santé financière se fait soit à partir des effets directs de la PRCAS ou du contexte sur la santé financière, soit à partir des effets d'interactions entre la PRCAS et le contexte lors de leur processus de production des effets. Les différents modèles définitifs ont permis d'indiquer qu'un grand nombre de variables contextuelles ont un impact sur la santé financière. On peut citer entre autres, l'âge et l'expertise du gestionnaire (le directeur), la spécialisation, la dotation en ressource médicale, l'aisance financière, la charge de morbidité globale, l'accessibilité géographique et l'investissement.

Des résultats de nos travaux ont été confortés par des études antérieures.

La pertinence de notre recherche se situe à trois niveaux à savoir les résultats attendus, le degré de généralisation des résultats et l'utilité des résultats.

Au niveau des résultats attendus, les résultats de nos analyses montrent que l'implantation de la PRCAS, qui reste tributaire des caractéristiques contextuelles, a été bien opérée en Côte d'Ivoire.

Pour ce qui est du degré de généralisation des résultats, L'étude a porté sur les 65 CH publics non EPN de la CI. Ce qui favoriserait une généralisation aisée des résultats pour tous les pays dont les réalités s'apparentent à celle de la CI. Il s'agit de bon nombre de pays en Afrique surtout sub-saharienne en particulier et dans le tiers monde en général.

Quant à l'utilité des résultats elle peut se résumer comme suit :

- *Utilité stratégique* : Aider à la planification et à l'élaboration d'interventions similaires
- *Utilité formative* : améliorer la PRCAS en cours
- *Utilité sommative* : Connaître la nécessité de faire des modifications importantes dans le PRCAS
- *Utilité fondamentale* : Contribuer à l'avancement de la connaissance scientifique

Par ailleurs, la contribution majeure de nos travaux, est la prise en compte du contexte dans la mise en œuvre d'une réforme (PRCAS) dans les organisations publiques (CH). Elle a permis de décrire et d'expliquer la santé financière dans une organisation à but non lucratif. Les CH ont toutefois besoin de la santé financière pour être minimalement fonctionnels. Au delà de la contribution scientifique, il en est ressorti plusieurs utilités. Les résultats de nos recherches aideront les gouvernants dans les processus de prise de décision. Ainsi les ajustements nécessaires peuvent être identifiés et ces résultats peuvent révéler certaines problématiques jusque là inaperçues. Et ce pour une meilleure orientation de la PRCAS ou d'interventions similaires.

Nos recherches ont souffert de certaines limites méthodologiques et conceptuelles. Mais ces faiblesses ont été prises en compte afin de minimiser les biais éventuels.

Des suggestions ont été énoncées afin d'améliorer l'implantation de la PRCAS de sorte à accroître la santé financière des CH et consolider les recherches à venir dans des domaines similaires. Dans cette perspective, on peut citer :

1) Des suggestions liées à la méthode

- Continuer la recherche dans une perspective moins exploratoire
- Adopter une méthodologie à la fois quantitative et qualitative
- Disposer de ressources suffisantes à la recherche

2) Des suggestions liées à la politique (PRCAS)

- Un intéressement du personnel associé à la performance individuel
- Introduire une comptabilité de gestion
- Une plus grande décentralisation
- Reactivation de la CNPRCAS
- Renforcement du pouvoir des COGES
- Doter les gestionnaires de vrais pouvoirs de gestion
- Repenser certains aspects de la politique des districts
- Entretenir la dynamique de la réforme (OCDE, 2001)
- Implanter un système d'Assurance Sociale en Santé (ASS) (avec couverture universelle)

CHAPITRE 7 - BIBLIOGRAPHIE

- Abbas S, (1992) *Fécondité in RHPH 1988 : analyse des résultats définitifs*, INS, Vol. 3, T. 5, Abidjan.
- Abu-Zeid HAH & Dann WM, (1985) *Health Services Utilisation and Cost in Ismalia, Egypt*, Social Science and Medicine, 21(4) : 451-461.
- Adjé KG, (1992) *Structure de la Population par sexe et âge. RGPH 1988, analyse des résultats définitifs*, Vol.3, T.1, INS, Abidjan.
- Ahonzo E, Barrère B & Kopilov P, (1984) *Population de la Côte d'Ivoire, analyse des données démographiques disponibles*, Ministère de l'Économie et des Finances, Direction de la Statistique, Abidjan.
- Aiken LS, & West SG, (1991) *Multiple Regression : Testing and interpreting interactions*, Sage, Newbury Park, California.
- Akin J and al., (1986) *The Demand for Primary Health Care Services in the Bicol. Region of Philippines*, Economic Development and Cultural Change, 34 : 755-780.
- Alberts JF, Sanserman R, Eimers JM & Van den N, Wim JA, (1997) *Socioeconomic inequity in health care : a study of services utilization in curacao*, Social Science and Medicine, 45 : 213-220.
- Aldrich H, (1979) *Organizations and environments*, Englewood Cliffs, NJ : Prentice Hall.
- Almarsdottir A-B, Morgall J-M & Björnsdottir I, (2002) *A question of emphasis : equality in the provision of pharmaceuticals*, International Journal of Health planning and Management, 15 : 149-161.
- Argyris C, (1957) *Personality and Organization*, New York : Harper and Row.
- Arhin-Tenkorang D, (2001) *Mobilizing resources for health : the case for user fees revisited*, CID Working Paper No. 81, December, Center for International Development at Harvard University.
- Arredondo A & Parada I, (2001) *Financing indicators for health care decentralization in Latin America : information and suggestions for health planning*, International Journal of Health planning and Management, 16 : 259-276.
- Ayé M, (2001) *Capital social, logiques de solidarité et accès aux soins de santé modernes en Afrique subsaharienne*, Thèse de Doctorat, Université de Montréal.
- Ayé M, Champagne F & Contandriopoulos A-P, (2002) *Economic role of solidarity and social capital in assessing modern health care services in the Ivory Coast*, Social Science and Medicine, 55 : 1929-1946.
- Bailey W & al., (1994) *The Effect of User Fees on the Utilization of Family Planning Services, a Clinical Study*, West Indian Medical Journal, 43(2) : 43-45.
- Baillargeon G, (1989) *Probabilités, statistique et techniques de régression*, Trois-Rivières, Québec : Éd. SMG.

- Banque Mondiale, (1993) *Mieux équilibrer les ressources humaines*, Rapport sur le développement dans le monde 1993 – investir dans la santé, Washington D.C, pp. 144-149.
- Banque Mondiale, (1999) *Rapport sur le développement dans le monde*, Éditions ESKA.
- Barr D, (1996) *The ethics of Soviet medical practice : behaviours and attitudes of physicians in Soviet Estonia*, J Med Ethics, 22 : 33-40.
- Bates JM, Baines DL et Whynes DK, (1998) *Assessing Efficiency in General Practice : an Application of Data Envelopment Analysis*, 11 (2) May.
- Bellalah M, (1998) *Gestion financière : diagnostic, évaluation et choix des investissements*, Paris, Economica.
- Belley F, (1996) *La performance financière des communautés urbaines*, Centre d'Études sur la Gestion Publique, Canada.
- Benson JK, (1977a). *Organizational analysis: critique and innovation*, Beverly Hills : SAGE.
- Benson JK, (1977b). *Organizations : A dialectical View*, Administrative Science Quarterly, 22, mars 1977, p. 1-21.
- Bergeron F, Boulianne E et Gagnon JM, (1995) *Impact des Stratégies d'Affaires et de la Gestion des Technologies de l'Information sur la Performance des entreprises*, Faculté des Sciences de l'Administration, Université Laval, Québec, Canada, Août.
- Bertalanffy L Von, (1968) *General system theory : Foundations, development, and applications*, New York : George Braziller.
- Berthomet J, (1990) *La problématique du financement du système de santé ivoirien*, Ministère de la Santé de Côte d'Ivoire.
- Bilodeau H, (1996) *Étude de la relation entre les conditions organisationnelles et le type de relations médecins-hôpital dans les soins de courte durée canadiens*, Thèse de doctorat, Université de Montréal.
- Bitran R and McInnes DK, (1993) *The Demand for Health Care in Latin America, Lessons from Dominican and El Salvador*, Economic Development Institute, Seminar Paper No. 46, World Bank, Washington D.C.
- Blau PM & Schoenherr R, (1971) *The Structure of Organizations*, New York : Basic Books Inc.
- Blau PM & Schoenherr RA, (1970) *The Structure of Organizations*, New York : Basic Book Inc.
- Blau PM, (1968) *The Hierarchy of Authority in Organizations*, American Journal Quarterly, 73 : 463-464.

- Blau PM, (1972) *Interdependence and Hierarchy in Organizations*, Social Science Research, April, 1 : 1-24.
- Blau PM, Heydebrand WV & Stauffer RE, (1966) *The structure of small bureaucracies*, American Sociological Review, 31 : 179-191.
- Bougouma A, (1987) *Étude des prescriptions médicamenteuses dans un service de médecine du CHU de Cocodi Abidjan. À propos de 8856 prescriptions établies du 1^{er} février au 31 juillet 1986*, Thèse d'Etat de Docteur en médecine, Université de Côte d'Ivoire.
- Boyd BK, (1991) *Strategic Planning and Financial Performance: a Meta-analytic Review*, Journal of Management Studies, 4 July, 28.
- Brunet-Jailly J, (1991) *Health Financing in the Poor Countries: Cost Reduction?*, Working Paper, No 692, Washington DC : World Bank.
- Bukonda NKZ, (2000) *Diffusion et utilisation de la liste des médicaments essentiels de l'OMS en milieu hospitalier africain*, Santé publique, 12(2) : 245-265.
- Burns T & Stalker GM, (1966) *The Management of Innovation*, London : Tavistock.
- Burns TK, (1971) *Industry in a New Age*, New Society, 31st January 1963, pp.17-20. Cité dans P.S. Pugh (ed) Organization Theory, London, Penguin, pp. 43-55.
- Cameron KS & Whetten DA, (1983) *Organizational Effectiveness : A Comparison of Multiple Models*, Washington : Academic Press.
- Cameron KS, (1986) *Effectiveness as paradox: Consensus and conflict in conceptions of organizational Effectiveness*. Management Science, 32(5) : 539-553.
- Campbell DT and Stanley JC, (1966) *Experimental and quasi-Experimental Designs for Research*, Chicago : Rand McNally, 178-193.
- Carrin G, (1993) *L'influence de la participation financière des populations sur la demande de soin : une aide à la réflexion pour les pays les plus démunis*, Organisation Mondiale de la Santé : Genève.
- Carteron C, (1987) *Le projet d'entreprise : mobiliser les énergies pour améliorer la performance*, DESS, Université de Paris I Panthéon-Sorbonne, Mars, Paris.
- Cassels A, (1983) *Drug Supply in Rural Nepal*, Tropical Doctor, 13(1) :14-17.
- Castro-Leal F, Dayton J, Demery L & Mehtra K, (2000) *Public Spending on Health Care in Africa : Do the Poor Benefit?*, Bulletin of the World Health Organization, 78(1) : 66-74.
- Chandler A, (1962) *Strategy and Structure*, Cambridge, Mass. : The M.I.T. Press.
- Chawla M & Ellis R, (2000) *The impact of Financing and Quality Changes on Health Care Demand in Niger*, Health Policy and Planning, 15(1) : 76-84.

- Chawla M, Berman P & Kawiorska D, (1998) *Financing health services in Poland : new evidence on private expenditures*, Health Econ, 7 : 337-346.
- Chernichovsky D & Bayulken C, (1995) *A pay-for-performance system for civil service doctors : The Indonesian experiment*, Social Science and Medicine, 41 : 155-161.
- Chernichovsky D & Meesook OA, (1986) *Utilization of Health Services in Indonesia*, Social Science and Medicine, 23(6) : 611-620.
- Child J, (1972) *Organization Structure, Environment and Performance, The Role of Strategic Choice*, Sociology, January 1972, 6 : 1-22. *Organization : A Guide to problem and Practice*, London, Harper and Row.
- Chossudovsky M, (1998) *La mondialisation de la pauvreté : la conséquence des réformes du FMI et de la Banque mondiale*, Montréal : Les Éditions Écosociété.
- Coffi AL, (1990) *La participation des populations dans le financement des dépenses hospitalières en Côte D'Ivoire*, Ministère de la Santé de Côte d'Ivoire.
- Cohen J & Cohen P, (1983) *Applied Multiple Regression/Correlation Analysis for the Behavioral Sciences*, 2nd Ed., New York : Erlbaum.
- Collins D, Quick JD, Mussau, SN, Kraushaar D, Hussein IM, (1996) *The Fall and Rise of Cost Sharing in Kenya: the Impact of Phased Implementation*, Health Policy and Planning, 11(1) : 52-63.
- Conrad KJ & Roberts-Gray C, (1988) *Evaluating Program Environments. New Directions for Program Evaluation*, A publication of the American Evaluation Association, Number 40, Winter, San-Francisco.
- Contandriopoulos A-P & Trottier L-H, (1998) *L'hôpital dans le système de soins de demain*, Ruptures, 5(1) : 106-120.
- Contandriopoulos A-P, Champagne F, Potvin L, Dennis J-L, Boyle P, (1990) *Savoir préparer une recherche : la définir, la structurer, la financer*, Québec, Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal, 196 pages.
- Cook TD & Campbell, DT, (1979) *Quasi-Experimental : Designs and Analysis for Field Settings*, Boston (MA.) : Houghton Mifflin.
- Coulibaly S, (1990) *L'expérience de recouvrement des coûts au Mali*, Directeur de l'Hôpital National du Point « G », Bamako, Mali.
- Creese A, (1991) *User Charges for Health Care : A Review of Recent Experience*, Health Policy and Planning, 6(4) : 309-319.
- Culyer AJ, (1976) *Need and the National Health Service*, Oxford : Martin Robertson.
- Cummings LL, (1983) *Organizational Effectiveness and Organizational Behaviour : A critical Perspective*, Academic Press.

- Cyert RM & March JG, (1963) *A Behavioral Theory of the Firm*, Englewood Cliffs, Prentice-Hall.
- D'Aunno T, (1992) *The Effectiveness of Human Service Organizations: A Comparison of Models (Chap 16)*, Tiré de Hasenfeld Y. Human Services as complex Organizations, Beverly Hills : Sage.
- Daft L, Richard, (1992) *Organization Theory and Design, Fourth edition*, West Publishing Company : Saint Paul, New York, Los Angeles, San Francisco.
- Datta, Deepak K, Rajagopalan, Nandini, Rasheed, Abdul MA, (1991) *Diversification and Performance : Critical Review and Future Directions*, Journal of Management Studies, 28, 5 September.
- Daubrey T, (1990) *Étude de la consommation des médicaments orexigènes et ponderigènes en Côte d'Ivoire*, Thèse d'État de docteur en médecine, Université de Côte d'Ivoire.
- De Bethune X, Alfani S & Lahaye, JP, (1989) *The Influence of an Abrupt Price Increase on health Service Utilization: Evidence from Zaïre*, Health Policy and Planning, 4(1) : 76-81.
- De Bruyne P, Herman J & De Schoutheete M, (1974) *Dynamique de la recherche en sciences sociales*, Vendôme, P.U.F., 240 p.
- De Pourville G, (1998) *Quelques aspects théoriques et pratiques sur la mesure de la performance hospitalière*, Ruptures, 5(1) : 99-105.
- Delcheva E, Balabanova D & McKee M, (1998) *Under-the counter payments for health care : evidence from Bulgaria*, Health Policy, 42 : 89-100.
- Deligny J-L, (1989) *L'administration du futur : culture et stratégie*, Eyrolles, Paris.
- Denis J-L, & Champagne F, (1990) *Analyse de l'implantation*, Université de Montréal, Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé, Rapport N90-05, Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Denis, JL, (1988) *Un modèle politique d'analyse du changement dans les organisations - le cas de l'implantation de la vacation en centre d'hébergement au Québec*, Thèse de doctorat, Université de Montréal.
- Desmarteau RH, (1996) *Découvrir de la démocratie toquevillienne dans un hôpital de l'est de Montréal en modélisant : la pratique de la réciprocité morale comme étant à la fois un instrument et un avantage stratégiques dans un hôpital public*, Thèse de doctorat, Université du Québec à Montréal.
- Dess GG, & Beard, DW, (1984) *Dimensions of organizational task environments*, Administrative Science Quarterly, 29 : 52-73.

Dess GG, Lumpkin GT & Govin JG, (1997) *Entrepreneurial strategy making and firm performance : tests of contingency and configurational models*, Strategic Management Journal, 18(9) : 677-695.

Dessler G, (1980) *Organization Theory: Integrating Structure and Behavior*, Prentice Hall, Englewood Cliffs, pp. 59-166.

Devitt P, (1992) *A quality system for oncology nursing*, Nursing Standard, 6(38) : 35-37.

Diakité LS, (1998) *Système de recouvrement des coûts et utilisation du médicament au Mali*, Thèse de doctorat, Université de Montréal, Montréal.

Diarra K & Coulibaly S, (1990) *Financing of Recurrent Costs in Mali*, Health Policy and Planning, 5(2) : 126-138.

Diop F & al., (1995) *The Impact of Alternative Cost Recovery Schemes on Access and Equity in Niger*, Health Policy and Planning, 10(3) : 223-240.

Dogoré R, Sangaré V, Ouattara I, Kale K, & al., (1993) *Étude de la mortalité maternelle et infantile. Analyse de la situation en milieu communautaire de Côte d'Ivoire*, Base de santé rurale de Bouaflé, Abidjan.

Donabedian A, (1980) *The definition of Quality and Approaches to its Assessment*, Health Administration Press, Ann Arbor, MI.

Dor A & Van der Gaag J, (1987) *The demand for Medical Care in Developing Countries : Quantity Rationing in Rural Cote D'Ivoire*, Living Standard, Measurement Study, Working Paper No 35, World Bank, Washington D.C.

Dumoulin J & Kaddar M, (1993) *Le Paiement des Soins par les Usagers dans les Pays d'Afrique Subsaharienne : Rationalité Économique et Autres Questions Subséquentes*, Sciences Sociales et Santé, 11(2), Juin.

Durant G, (1998) *Financement équitable et performance des hôpitaux*, Ruptures, 1 : 91-98.

Dyer L & Holder G, (1993) *A strategic perspective of human resource management*, dans : Dyer, L. (dir), Human Resource Management : Evolving Roles and Responsibilities, Washington, Bureau of National Affairs, 1988. (extrait de Petit, Bélanger, Benabou, Foucher, Bergeron Gestion stratégique et opérationnelle des ressources humaines, Éditeur : Gaëtan Morin.

Emery FE & Trist EL, (1963) *The Causal Texture of Organizational Environment*, Human Relations, August, 18 : 20-26.

Ensor T & Salvelyeva L, (1998) *Informal payments for health care in the former Soviet Union : some evidence from Kazakstan*, Health Pol Plann, 13 : 41-49.

Ensor T, (1995) *Introducing Health Insurance in Vietnam*, Health Policy and Planning 10 : 154-63.

Enyimayew KA, (1988) *Financing Drug Supplies of District Health Services in Ghana : The Ashanti-Akim Experience, Harare Zimbabwe*, WHO Workshop on Financing Drug Supplies, Who, New York.

Etzioni A, (1961) *A comparative Analysis of Complex Organizations*, New York : The Free Press.

Falkingham J & Abel-Smith B, (1995) *Financing health services in the Kyrgyz Republic : the extent of private payments*, London School of Economics, Report to UK Know How Fund.

Fernand K, (1990) *Évaluation de la prescription et de la consommation des médicaments dans les centres de santé ruraux de Côte d'Ivoire*, Doctoral thesis, University of the Ivory Coast, 873 p.

Foirry J-P, (ND) *L'initiative de Bamako : quels bénéfices pour les populations africaines? Utopies en Lambeaux*, Genève, Institut Universitaire d'études du Développement.

Forget A, Bédard MG & Bernier L, (1995) *Un Modèle Explicatif de la Performance des Entreprises Publiques à Vocation Industrielle et Commerciale*, Centre de Recherche et de Gestion, Université du Québec à Montréal, Document de travail 20-95, Novembre.

Fortin M-F, (1996) *Le Processus de la Recherche : de la Conception à la Réalisation*, Décarie Éditeur.

Fournier P & Potvin L, (1995) *Participation communautaire et Programme de Santé : les fondements du dogme*, Sciences Sociales et Santé, 13(2) : 39-56.

Franco, Miller L, Bennett S & Kanfer R, (2002) *Health Sector reform and public sector health worker motivation: a conceptual framework*, Social Science and Medicine, 54 : 1255-1266.

Frère des Hommes, (1989) *Le médicament au Magheb et en Afrique noire francophone*, Une initiative de Frères des Hommes avec la participation de l'industrie pharmaceutique, Grenoble : Presse Universitaire de Grenoble.

Garenne M, Marion M, Tarantola D, Zanou B, Aka J & Dogoré R, (1995) *Conséquences Démographiques du SIDA en Abidjan 1986-1992*, les Études du CEPED, No 10, Paris.

Garner P, (1989) *The Bamako Initiative; financing health in Africa by selling drugs*, British Medical Journal, July 29 : 299.

Gauthier F, (1987) *La validité d'une recherche portant sur des pratiques éducatives*, Université de Montréal, Faculté de l'éducation permanente, Montréal, juillet 1987, 12 p.

Gbedenou P, Moussa Y, Floury B, Josse R, N'diaye J-M & Diallo S, (1994) *L'Initiative de Bamako : Espoir ou Illusion? Réflexions autour de l'expérience béninoise*, Cahiers Santé, 4 : 281-288.

Gensse P & Topsacalian P, (1999) *Ingénierie Financière*, Economica, Paris.

- Gertler P & al., (1987) *Are User Fees Regressive? The Welfare Implications of Health Care Financing Proposals in Peru*, Journal of Econometrics, 36 : 67-88.
- Gertler P & Van der Gaag J, (1990) *The Willingness to Pay for Medical Care, Evidence from Two Developing Countries*, Baltimore and London : John Hopkins Press.
- Gertler PJ, (1998) *On the road to Social Health Insurance : the Asian experience*, World Development, 26 : 727-32.
- Gilson L, (1992) *Value for Money? The Efficiency of Primary Facilities in Tanzania*, Thesis doctorat, University of London.
- Gilson L, (1997) *The lessons of user fees in Africa*, Health Policy and Planning 12(4) : 273-285.
- Gilson L, & Mills A, (1995) *Health sector reforms in sub-saharian Africa : Lessons of the last 10 years*, Health Policy, 32 : 215-43.
- Gilson L, Alilio M & Heggenhougen K, (1994) *Community Satisfaction with Primary Health Care Services : an Evaluation Undertaken in the Morogoro Region of Tanzania*, Social Science and Medicine, 39(6) : 767-780.
- Gilson L, Kalyalya D, Kuchler F, Lake S, Oranga H & Ouendo M, (2000) *The impact equity impacts of community financing activities in three African countries*, International Journal of Health planning and Management, 15 : 291-317.
- Gilson L, Russell S, Buse K, (1995) *The political Economy of User Fees with Targeting: Developing Equitable Health Financing Policy*, Journal of International Development 7(3) : 369-402.
- Gish O, (1990) *Some Links Between Successful Implementation of Primary Health Care Interventions and Overall Utilization of Health Services*, Social Science and Medicine 30(4) : 401-405.
- Gnebehi L, (1992) *Population et développement, Séminaire national sur les perspectives démographiques de la Côte d'Ivoire 1988-2028*, 18-20 novembre, Abidjan.
- Grinyer PH, Yasai-Ardekani M, Al-Bazzaz S, (1980) *Strategy, Structure, The environment, and Financial Performance in 48 United Kingdom Companies*, Academy of Management Journal, 23(2) : 193-220.
- Guba & Lincoln YS (1981) *Effective evaluation*, San Francisco : Jossey Bass.
- Guerra F, De Haan E, Henry F & Faucon P (1995) *Comptabilité 3 : Diagnostic financier*, Bruxelles : De Boeck Université, 2^{ième} édition.
- Guisset A-L, Sicotte C & D'Hoore W, (1999) *Concepts et mesures de l'efficience à l'hôpital*, Ruptures, 6(1) : 126 p.
- Gwatkin DR, (2003) *Free Government Health Services : Are they the best Way to Reach the Poor* March, World Bank.

Haddad S & Fournier P, (1993) *Initiative de Bamako, systèmes de paiement et utilisation du médicament. Position du problème, Aspects conceptuels et méthodologiques pour une recherche multicentrique*, Rapport de recherche soumis au Programme des Médicaments Essentiels de l'OMS.

Haddad S & Fournier P, (1995) *Quality, costs and utilization of health services in developing countries. A longitudinal study in Zaïr*, Social Science and Medicine, 40(6) : 743-753.

Haddad S, Fournier P & Potvin L, (1998) *Measuring lay people's perceptions of the quality of primary health care services in developing countries. Validation of 20-item scale*, Université de Montréal, Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé, Montréal.

Hall RH, Haas JE & Johnson N, (1967) *Organizational size, complexity and formalization*, American Sociological Review, 32 : 903-12.

Hamilton RT & Shergill GS, (1992) *The relationship between strategy-structure fit and financial performance in new Zealand: evidence of generality and validity with enhanced controls*, Journal of Management Studies, 29(Issue 1) January.

Hanson K & Gilson L, (1993) *Cost, Resource Use and Financing Methodology for Basic Health Services : A Pratical Manua*, Bamako Iniatitive Technical Report Series, No. 16, New York : Bamako Initiative Management Unit, UNICEF.

Hasenfeld Y, (1983) *Human Services as complex Organizations*, Beverly Hills : Sage.

Hecht R & al., (1993) *Improving the Implementation of Cost Recovery for Health : lessons from Zimbabwe*,. Health Policy, 25 : 213-242.

Heller PS, (1982) *A Model for the Demand for Medical and Health Services in Peninsular Malaysia*, Social Science and Medicine, 16 : 267-284.

Higgins RC, (2001) *Analysis for financial management*, Irwin McGraw-Hill, Sixth edition, Boston.

Hopkins WE & Hopkins SA, (1997) *Strategic planning-financial performance relationships in bank : a causal examination*, Strategic Management Journal, 18(8) : 635-652.

Hubert JH, (1993) *Ensuring Access to Health Care with Introduction of Use Fees : A Kenyan Example*, Social Science and Medicine, 36(4) : 485-494.

Ilunga T, (1995) *L'Évaluation d'un mécanisme de financement des soins hospitaliers de premiers recours par la méthode de paiement anticipé : le cas de la communauté rurale de Bwamanda au Zaïre*, Université de Montréal, Thèse, Montréal.

Inkson JHK, Derek P, & Hickson D, (1970) *Organization, context and structure : An abbreviated replication*, Administrative Science Quaterly, 15 : 318-329.

Institut National de la Statistique, (1995) *Enquête Démographique et de Santé 1994*, République de Côte d'Ivoire, décembre.

- Institut National de la Statistique, (1995) *Enquête Démographique et de Santé (EDS) 1994*, République de Côte d'Ivoire.
- Institut National de la Statistique, (1998) *Recensement Général de la Population et de l'Habitat*, République de Côte d'Ivoire.
- Jarret SW & Ofosu-Amaah S, (1992) *Strengthening Health Services for MC in Africa: the First Four Years of the Bamako Initiative*, Health Policy Planning, 7(2) : 164-176.
- Johnson LT & Lennard A, (1998) *Report Financial Performance : Currents Developments and Future Directions*, Financial Accounting Series, No 181-A, January.
- Jones GL, (1976) *Financial measurement for managers*, Edward Arnold, London.
- Kane A, (1990) *Les problèmes posés par un hôpital à financement extérieur*, Directeur de l'Hôpital D'enfants Albert Royer de Dakar, Sénégal.
- Kanji N, (1989) *Charging for Drugs in Africa : UNICEF's Bamako Initiative*, Health Policy and Planning, 4(2) : 110-121.
- Kaplan RS & Norton DP, (1996) *The Balanced Scorecard : Translating Strategy into Action*, Boston : HBS Press.
- Katz D & Kahn RL, (1978) *The Social Psychology of Organizations, (2e Ed.)*, New York : John Wiley.
- Keats BW & Hitt MA, (1988) *A causal model of linkages among environmental dimensions, macro organizational characteristics, and performance*, Academy of Management Journal, 31 : 570-598.
- Kelley E, Geslin C, Djibrina S & Boucar M, (2001) *Improving performance with clinical standards: the impact of feedback on compliance with the Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) algorithm in Niger, West Africa*, International Journal of Health planning and Management, 16 : 95-205.
- Kelley E, Kelley A, Gamble S, Cheick HT, Sidibé O & Makinen M, (2003) *The impact of self-assessment on provider performance in Mali*, International Journal of Health planning and Management, 18 : 41-48.
- Khandwalla PN, (1974) *Mass output orientation of operations technology and organizational structure*, Administrative Science Quarterly, 19 : 74-97.
- Khandwalla PN, (1977) *The design of Organizations*, New York : Harcourt, Brace, Jovanovich.
- Kisfalvi V, (1996) *Le leadership et la stratégie dans la stratégie des organisations : une synthèse*, Hasfi, Taïeb et Jean Marie TOULOUSE et leurs collaborateurs. Montréal : transcontinental, pp. 269-275.

Knippenberg R, Alihonou E, Soucat A, Oyegbite K, Calivis M, Hopwood I, Nimi R, Pathe D, Conde M, Ofosu-Amaah S, (1997) *Implementation of The Bamako Initiative: Strategies in Benin and Guinea*, International Journal Health Planning Management, 12(supp. 1) : S29-S47.

Knippenberg R, Soucat A, Oyegbite K, Sene M, Broun D, Pangu K, Hopwood I, Grandcourt R, Tinguiri KL, Fall I, Ammassari S, Alihonou E, (1997) *Sustainability of Primary Health Care Including Expanded Program of Immunizations in Bamako Initiative Programs in West Africa : An assesment of 5 Years' Field Experience in Benin and Guinea*, International Journal Health Planning Management, 12(supp. 1) : S9-S28.

Koivusalo M, (1999) *Education and debate : Decentralisation and equity of healthcare provision in Finland*, Br. Med. J., 318 : 1198-1200.

Kolehmainen-Aitken R-L, & Newbrander W, (1997) *Lessons Learned : Decentralizing the Management of Health and Family Planning Programs*, Family Planning Management Development (FPMD) Monography Series. Management Sciences for Health : Boston.

Kroeger A, (1983) *Anthropological and Socio-medical Health Care Research in Developing Countries*, Social Science and Medicine, 17(3a) : 147-161.

Kroeger A, (1985) *Erreurs de réponse et autres problèmes liés aux enquêtes sanitaires dans les pays en développement*, Wld. Hlth. Stat. Quart., 38 : 15-37.

Kutzin J, (1995) *Experience with organizational and financing reform of the health sector*, Current Concerns SHS, Paper no 8, WHO/SHS/CC94.3. Geneva : World Health Organization.

Kutzin J, (1998) *Health insurance for the formal sector in Africa : "Yes, but..."*. In : Beattie A., Doherty J., Gilson L., Lambo E. and Shaw, P. (eds). Sustainable health care financing in southern Africa. Washington D.C. : World Bank.

Lamarche, P-A, (1996) *Décentralisation et démocratisation : des enjeux de la transformation des systèmes sociosanitaires : Chapitre 1, p. 3-19*. Dans : La planification régionale des services sociaux et de santé – Enjeux politiques et méthodologiques. Québec : Publications du Québec.

Lauzel P & Cibert A, (1971) *Des Ratio au Tableau de Bord*, 4^{ème} Édition, Entreprise Moderne d'Édition.

Lavy V & Germain JM, (1994) *Quality and Cost in Health Care Choice in Developing Countries*, Living Standards Measurement Study, Working Paper No 105, World Bank, Washington D.C.

Lawrence PR & Lorsch JW, (1967) *Differenciation and Integration in complex Organizations*, Administrative science Quarterly, 12(1) : 1-47 et *Organization and Environment : Diffrenciation and Integration*, Boston, Harvard : University Press.

Le Goff J-P, (1993) *Économie de Marché : Marché, soutien à la décision, concurrence*, Sainte-Foy : Presse de l'Université du Québec.

Leggat SG, Narine L, Lemieux-Charles L, Barnsley F, Baker GR, Sicotte C, Champagne F & Bilodeau H, (1998) *A review of organizational performance assessment in health care*, Health Services Management Research, 11(1).

Lemay A, (1999) *L'élaboration d'une démarche d'analyse de la performance valide pour la prise de décision : un enjeu complexe*, Ruptures, 6(1) : 126.

Levy-Bruhl D, Soucat A, Osseni R, N'diaye J-M, Dieng B, De Bethune X, Diallo AT, Conde M, Cisse M, Moussa Y, Drame K & Knippenberg R, (1997) *The Bamako Initiative in Benin and Guinea : Improving the effectiveness of Primary Health Care*, International Journal Health Planning Management, 12(supp. 1) : S49-S79.

Lewis MA & Parker C, (1991) *Policy Implications of User Fees in Jamaican Hospitals*, Health Policy, 18(1) : 57-85

Lewis MA, (1993) *User Fees in Public Hospitals : Comparison of Three Country Case Studies*, Economic Development and Cultural Change.

Likert R, (1961) *New Patterns of Management*, New York : McGraw-Hill.

Limbambala ME & Choongo, (1994) *Assessment of Current Government Health Care Delivery Services in Lusaka Urban*, Report from Lusaka Technical Urban Health Task Force, Study serial number 7.

Litvack JI & Bodart C, (1993) *User fees plus quality equals improved access to health care : results of a field experiment in Cameroon*, Social Science and Medicine, 3 : 369-383.

Liu X & Mills A, (2002) *Financing reforms of public health services in China: lessons for other nations*, Social Science and Medicine, 54 : 1691-1698.

Lobel SA, (1991) *Allocation of Investment in Work and Family Roles : Alternatives Theories and Implications for Research*, Academy of Management Review, 16(3) : 507-521.

Loukou YG. (1995) *La Politique de Santé Publique et des Affaires Sociales : les grandes orientations*, Conférence Publique, INSP Adjamé, 25^e anniversaire, 10 août.

Martel L & Rousseau J-G, (1999) *Le gestionnaire et les états financiers. 3^{ième} édition*, Québec : Éditions du renouveau Pédagogique Inc.

Maslow AH, (1943) *A Theory of Human Motivation*, Psychological Review, 50 : 370-396.

Masopust V, (1989) *Bribes in the health care and patients – options*, Medline abstract taken from Cesk Zdrav, 37 (3-7) : 299-307.

McCue MJ & Thompson JM, (1997) *Association of Ownership and System Affiliation with Financial Performance of Rehabilitation Hospitals*, Health Services Management Research 10 : 13-23.

McGregor D, (1960) *The Human Side of Enterprise*, New York, McGraw-Hill.

- McIntyre D, & Gilson L, (2002) *Putting equity in health back onto the social policy agenda: experience from South Africa*, Social Science and Medicine, 54 : 1637-1656.
- McPake B & Hanson K, (1993) *The Bamako Initiative: where is it going*, Health Policy and Planning; 8(3) : 267-274.
- McPake B, & al. (1993) *The Kenyan Model of the Bamako Initiative : Potential and Limitations*, International Journal of Health Planning and Management, 8 : 123-128.
- McPake B, Hanson K, Mills A, (1992) *Experience to date of implementing the Bamako Initiative : a review and five country case studies*, London school of Hygiene and Tropical Medicine. London.
- McPake B, Yepes FJ, Lake S & Sanchez H, (2003) *Is the Colombian health system reform improving the performance of hospitals in Bogota?*, Health Policy and planning; 18(2) : 182-194.
- Médecin Sans Frontière (MSF), (1996) *Mission en Angola*, Documentation du Bureau de Bruxelles, Bruxelles.
- Mérenne-Schoumaker B, (1996) *La localisation des industries*, Nathan Université, Liège.
- Meyer MW & Zucker LG, (1990) *Permanently Failing Organizations*, Sage Publications, pp. 91-118.
- Michalon T, (1984) *Quel État pour l'Afrique?*, Harmattan, Paris.
- Miller D & Dröge C, (1986) *Psychological and traditional Determinants of Structure*, Administrative Science Quarterly, 31 : 539-560.
- Miller D & Friesen PH, (1984) *Organizations : A Quantum View*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ.
- Ministère de la Santé Publique, (1996) *Le Plan National de Développement Sanitaire 1996-2005, (PNDS)*, République de Côte d'Ivoire Tome I et Tome II, Avril.
- Ministère de la Santé Publique, (1998) *Décret N 98-379 du 30 Juin 1998 portant organisation et fonctionnement des établissements sanitaires publics urbains n'ayant pas le statut d'établissement public national*, République de Côte d'Ivoire.
- Ministère de la Santé Publique, (1998) *Rapport annuel sur la situation sanitaire*, République de Côte d'Ivoire.
- Mintzberg H, (1982) *Structure et dynamique des organisations*, Paris : Les Éditions d'Organisation.
- Mintzberg H, (1985) *Structure in 5's : A synthesis of the Research on Organization Design*, Management Science, 26(3) : 322-341.
- Mintzberg H, (2002) *Educating Managers Beyond Borders*, Academy of Management Learning and Education, 1(1) : 64-76.

Monekosso GL, (1989) *The Bamako Initiative Self-financing of Primary Health Care Trough the Supply and Cost Recovery on Basic Essential Drug : some Guiding Principles*, World Health Organization, Regional Office for Africa, Brazzaville.

Mooney G, (1987) *Qu'est-ce que l'équité en matière de santé*, Rapport Trimestriel Statistiques Sanitaires Mondiales, 40 : 296-303.

Morgan G, (1989) *Images de l'organisation*, Les Presses de l'Université Laval, Éditions Eska.

Morin EM, Savoie A, Beaudin G, (1994) *L'Efficacité de l'Organisation. Théories et Mesures*, Montréal : Gaëtan Morin.

Murray C & Lopez A, (à paraître) *The Global Burden of Disease*, Havard Center for Population and Development Studies, Cambridge, Mass.

Mwabu G, (1990) *Financing Health Services in Africa : Assessment of Alternative Approaches*, Population and Human Resources Department, WPS 457, World Bank, Washington, D.C.

Mwabu GM & Mwangi WM (1986) *Health Care Decisions at the Household Level : Results of a Rural Health Survey in Kenya*, Social Science and Medicine, 22(3) : 763-767.

Nakamba P, Hanson K & McPke B, (2002) *Markets for hospital services in Zambia*, International Journal of Health planning and Management, (17) : 229-247.

Nations Unies, (1978) *Guide de programmation de l'amélioration de la performance économique dans les organisations publiques*, Département des affaires économiques et sociales, New York.

Nations Unies, (1986) *La comptabilité d'exercice dans les pays en développement*, Département de la coopération technique pour le développement, New York.

Nations Unies, (1986) *La performance économique des entreprises publiques : les grandes questions et les stratégies d'action*, Département de la coopération technique pour le développement, New York.

Neter J, Kutner MH, Nachtsheim CJ & Wasserman W, (1996) *Applied Linear Statistical Models. Fourth edition*, IRWIN.

Neter J, Wasserman W, & Kutner MH, (1989) *Applied Linear Regressions Models. 2nd ed.*, Homewood, IL:Irwin.

Newman D, Gloyd R, Nyangezi S, Julio M, Machobo F & Muiser J, (1998) *Satisfaction with Outpatient Health Care Services in Manica Province, Mozambique*, Health Policy and Planning, 13(2).

Nickson PJ, (1990) *The Bamako Initiative, Cost-Recovery in Health Care and the Sustainability of Primary Health Care*, Church Missionary Society/Christian Medical Commission and Liverpool School of Tropical Medicine, pp. 1-6.

Nitayarumphong S & Mills A, (1998) *Achieving universal coverage of health care : experiences from middle and upper middle income countries*, Nontaburi : Thailand Ministry of Public Health.

Nolan B & Turbat V, (1995) *Cost recovery in public health services in sub-Saharan Africa*, Economic Development Institute Technical Materials. Washington DC : World Bank.

Nordyke RJ & Peabody JW, (2002) *Market reforms and public incentives : finding a balance in the Republic of Macedonia*, Social Science and Medicine, 54 : 939-953.

OCDE, (1996) *Gestion du capital humain et réforme de la fonction publique*, Paris : OCDE.

OCDE, (2001) *Construire aujourd'hui l'administration de demain : gouvernance*, Paris : Éditions OCDE.

Okuonzi SA & Macrae J, (1994) *Whose Policy Is It Anyway? International and National Influences on Health Policy Development in Uganda*, Health Policy and Planning, 10(2) : 122-132.

OMS, (1988a) *Idées Directrices et la mise en œuvre de l'Initiative de Bamako*, Comité Régional de l'Afrique, 38^{ième} session, 7-14 Septembre, 33pp. Brazzaville.

OMS, (1998b) *La vie au 21^e siècle : une perspective pour tous*, Rapport sur la santé dans le monde, Genève.

OMS, (1999) *Pour un réel Changement*, Rapport sur la santé dans le monde, Genève.

OMS, (2000) *Pour un système de santé plus performant*, Rapport sur la santé dans le monde, Genève.

Osuga B & Nordberg E, (1993) *Effects of New Services Charges on Attendance at Rural Health Facilities in Kenya*, East African Medical Journal, 10 : 627-631.

Paganini A, (1993) *The Bamako Initiative : Cost-Recovery or Power Sharing?*, NU News on Health Care in Developing Countries, 7 : 19-22.

Pannurunothai S, Boonpadung D & Kittidilokkul S, (1997) *Paying health personnel in the Government Sector by fee-for-service : A challenge to productivity and quality, and a moral hazard*, Health Manpower Development Journal, I : 127-134.

Parker D & Knippenberg R, (1991) *Community Cost-Sharing and Participation : A Review of the Issues*, Bamako Initiative Technical Report Series, No 9. (New York Bamako Initiative Unit, UNICEF)

Parkin M, Bade R & Carmichael B, (2000) *Introduction à la macro économie moderne*, 2^{ième} édition, ERPI, Saint-Laurent.

Parsons T, (1951) *The social system*, New York : Free Press.

- Parsons T, (1977) *Social Systems and the Evolutions of Action Theory*, New York : Free Press.
- Perrow C, (1972) *Complex Organizations : A critical Essay*, Glenview, Scott Foreman, pp. 97-143.
- Perryman-Starkey RM, Asubonteng P & Munchus G, (1999) *The effects of organizational structure on hospital performance*, Health Services Management Research 12 : 232-245.
- Pizzioli S, (1985) *Comptabilité et gestion des hôpitaux et associations; Tome 1 Financement et tarification*, Paris : Berger-Levrault.
- Poupart & al., (1997) *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologies*, Groupe de recherche interdisciplinaire pour les méthodes qualitatives, Boucherville : Gaëtan Morin.
- Powell GN, (1990) *One More Time: Do Female and Male Managers Differ*, Academy of Management Executive, IV(3) : 68-75.
- Prescott JE, (1986) *Environments as moderators of the relationship between strategy and performance*, Academy of Management Journal, 29 : 329-346.
- Price JL, (1968) *Organizational Effectiveness: An Inventory of Propositions*, Homewood, Irwin.
- Pugh DS, David J, Hickson C, Hinings R & Turner C, (1968) *Dimensions of organizational structure*, Administrative Science Quarterly, 13 : 65-105.
- Pugh DS, David J, Hickson CR, Hinings & Turner C, (1969) *The context of organization structures*, Administrative Science Quarterly, 14 : 91-114.
- Quarterly, 18 : 27-36.
- Quick JD, (2003) *Essential medicines twenty-five years on: closing the access gap*, Health Policy and planning, 18(1) : 1-3.
- Quinn RE, (1991) *Beyond Rational Management: Mastering the Paradoxes and Competing Demands of High Performance*, Jossey-Bass Publishers, San Francisco.
- Reimann B, (1973) *On the dimensions of bureaucratic structure: An empirical reappraisal*, Administrative Science Quarterly, 18 : 462-476.
- Roemer MI, (1991) *National health systems of the world. Volume I : The countries*, New York : Oxford University Press.
- Rojot J & Bergmann A, (1989) *Comportement et organisation : comportement organisationnel et théorie des organisations*, Vuibert gestion.
- Ron A, Abel-Smith B & Tamburi G, (1990) *Health insurance in developing countries : the social security approach*, Geneva : International Labour Office.

- Roussel L, (1967) *La Côte d'Ivoire 1965, Population*, Ministère du Plan, Abidjan.
- Russel S & Gilson L, (1995) *User Fees at Government Health Services : Is Equity Being Considered?*, London School of Hygiene and Tropical Medicine.
- Russell S, (1996) *Ability to pay for health care: concepts and evidence*, Health Policy and Planning, 11(3) : 219-237.
- Saïde MAO & Parada I, (2001) *Decentralization and human resource management in the health sector : a case study (1996-1998) From Nampula province, Mozambique*, International Journal of Health planning and Management, 16 : 1559-168.
- Saltman RB, (2002) *Regulating incentives : the past and present role of the state in health care systems*, Social Science and Medicine, 54 : 1677-1684.
- Sauerborn R & al., (1994) *The Elasticity of Demand for Health Care in Burkina Faso: Differences Across Age and Income Groups*, Health Policy and Planning, 9(2) : 185-192.
- Schick A, (2001) *Opportunité, Stratégie et Tactique pour la Réforme de la Gestion Publique*, Paris : Éditions OCDE.
- Schmets G, (1990) *Le financement de l'hôpital en Afrique : enquête réalisée dans sept pays africains MSF Belgique (Côte d'Ivoire, Burkina-Faso, Mauritanie, Mali, Bénin, Niger, Cameroun.)*.
- Séguin F & Chanlat J-F, (1987) *L'analyse des Organisations : Une Anthologie Sociologique, les composantes de l'organisation*, Éditeur : Gaëtan Morin.
- Sen AK, (1977) *Rational fools: a critique of the behavioural foundations of economic theory*, Philosophy and Public affairs, 6 : 317-344.
- Shaw RP & Griffin CC, (1995) *Financing Health Care in Sub-Saharan Africa Trough User Fees and Insurance*, World Bank, Washington D.C.
- Sicotte C, Champagne F & Contandriopoulos A-P, (1999) *La performance organisationnelle des organismes publics de santé*, Ruptures, 6(1) : 126 p.
- Smircich L & Stubbart C, (1985) *Strategic management in an enacted world*, Academy of Management Review, 10 : 724-736.
- Smith A. (1976) *An Inquiry into the Nature and Causes of the Wealth of Nations*, Oxford : The Clarendon Press.
- Soucat A, Evy-Bruhl D, De Bethune X, Gbedenou P, Lamarque J-P, Bangoura O, Camara O, Gandaho T, Ortiz C, Kaddar M, Knippenberg R, (1997) *Affordability, Cost-Effectiveness and Efficiency of Primary Health Care : The Bamako Initiative in Benin and Guinea*, International Journal Health Planning Management, 12(supp. 1) : S81-S108.

Soucat A, Gandaho T, Levy-Bruhl D, De Bethune X, Alihonou E, Ortiz C, Gbedenou P, Adovohekpe P, Camara O, N'Diaye J-M, Dieng B, Knippenberg R, (1997) *Health Seeking Behaviour and Household Health Expenditures in the Benin and Guinea : The Equity Implications of Bamako Initiative*, International Journal Health Planning Management, 12(supp. 1) : S137-S163.

Soucat A, Levy-Bruhl D, Gbedenou P, Drame K, Lamarque J-P, Diallo S, Osseni R, Adovohekpe P, Ortiz C, Debeugny C, Knippenberg R, (1997) *Local Cost Sharing in Bamako Initiative systems in Benin and Guinea : Assuring the Financial Viability of Primary Health Care*, International Journal Health Planning Management, 12(supp. 1) : S109-S135.

Steer RM, (1977) *Organizational Effectiveness : A Behavioral View*, Santa Monica (CA) : Goodyear.

Stinchcombe LA, (1965) *Social Structure and Organization*, in March, J.G. (ed.), Handbook of Organization, Ill., Rand McNally, pp. 142-193.

Stinson W, (1982) *Community Financing of Primary Health Care, Primary Health Care Issues*, American Public Health Association / International Health Programme, Washington D.C.

Tabachnik BG & Fidell LS, (1996) *Using Multivariate Statistics. Third Edition*, Harper Collins.

Tang S & Bloom G, (2000) *Decentralizing rural health services : a case study in China*, International Journal Health Planning Management, 15 : 189-200.

Tangcharoensathien V, Supachutikul A & Lertiendumrong J, (1999) *The social security scheme in Thailand : What lessons can be drawn?*, Social Science and medicine, 48 : 913-23.

The Lancet, (1988) in the Bamako Initiative, The Lancet, 334 : 1177-1178.

Thompson JD, (1967) *Organization in Action*, New York, McGraw-Hill.

Thompson R & Witter S, (2000) *Informal payments in transitional economies : implications for health sector reform*, International Journal of Health Planning and Management, 15 : 169-187.

Thompson VA, (1965) *Bureaucracy and innovation*, Administrative science Quarterly, 10 : 1-20.

Tibouti A, Flori YA, Juillet A, (1993) *Enquêtes Menage sur les Recours aux Soins et les Dépenses de Santé : Guide Méthodologique*, Unicef, Initiative de Bamako, Rapport Technique, No 17, New York.

Tosi H, Aldag R & Storey R, (1973) *On the measurement of the environment*.

Tremblay A, (1991) *Sondages : Histoire, Pratique et Analyse*, Gaëtan Morin Éditeur.

Tremblay D& Cormier D, (1996) *Le Modèle Comptable Traditionnel Permet – il une Évaluation Pertinente de la Performance des Organismes Sans But Lucratifs (OBSL)?*, Université du Québec à Montréal, Centre de Recherche et de Gestion, Document de travail 22-96, Octobre.

Trisolini GM, (2002) *Applying business management models in health care*, International Journal of Health Planning and Management, 17 : 295-314.

Trisolini, G. K. et al (1992). "Methods for Cost Analysis, Cost Recovery, and Cost Control for a Public Hospital in a Developing Country : Victoria Hospital, St. Lucia ", International Journal of Health Planning and Management, Vol. 7, pp103-132.

Trochim W, (1989) *Outcome pattern matching and program theory*, Evaluation and Program Planning, 12 : 355-366.

Turshen M, (1999) *Privatizing Health Services in Africa*, New Brunswick, New Jersey & London : Rutgers University Press.

UNDP, (1997) *Human Development Report*, New York : Oxford University Press.

Unger JP & al., (1990) *From Bamako to Kolda : a Case Study of Medicines and the Financing of District Health Services*, Health Policy and Planning, 5(4) : 367-377.

UNICEF, (1988), UNICEF,(1988a) *Community Financing Experiences for local Health Services in Africa*, E/CEF/1988/CRP.2

UNICEF, (1990) *The Bamako Initiative, Reaching Health Goals Through Strengthened Services Delivery*, Bamako Initiative Management Unit, UNICEF, New York.

UNICEF, (1990c) *Revitalisation des SSP/SMI. L'Initiative de Bamako*, Rapport d'activités présenté au conseil d'administration de l'Unicef en 1990, UNICEF, Avril.

UNICEF, (1993) *L'Initiative de Bamako*, Rapport d'Activité du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance - Rapport au Conseil d'administration, New York.

UNICEF, (1994) *The Bamako Initiative*, United Nations Children Fund, New York.

UNICEF, (1995) *The Bamako Initiative: rebuilding Health Systems*, United Nations Children Fund, New York.

UNICEF, (1997) *The State of the World's Children*, New York : Oxford University Press.

Van de Ven AH, (1976) *A framework for organization assessments*, Academy Of Management Review, 1 : 64-78.

Van der Geest S, (1992) *Is paying for health care culturally acceptable in Sub-Sahara Africa? money and tradition*, Social Science and medicine, 34(6) : 667-673.

Vogel RJ, (1991), *Cost Recovry in the Health-Care Sector in Sub-Saharan Africa*, International Journal of Health Planning and Management, 6 : 167-191.

- Waddington C & Enyimayew KA, (1990) *A price to pay, part 2 : The impact of user charges in the volta region in Ghana*, International Journal of Health Planning and management, 5 : 287-312.
- Waddington C J & Enyimayew KA, (1989) *A Price to Pay : The Impact of user charges in Ashanti-Akim District, Ghana*, International Journal of Health Planning and management, 4 : 17-47.
- Wang'ombe JK & Mwabu GM, (1987) *Economics of essential drugs schemes : the perspectives of the developing countries*, Social Science and Medicine, 25(6) : 625-630.
- Waters H, (1994) *Literature Review: Equity in the Health Sector in Developing Countries, with Lessons Learned for Sub-Saharan Africa*, BASICS Project Document PN-ABW-162. Washington, D.C., BASICS Project, AFR/SD, HHRAA Project.
- Weick K, (1979) *The social psychology of organizing*, 2nd, Reading, MA : Addison-Wesley.
- WHO, (1987) *Women's and Children's Health Through the Funding and Management of Essential Drugs at Community Level : Bamako Initiative*, Regional Committee for Africa Resolution, AFR/RC37/WP/05. Bamako, Geneva.
- WHO, (1988) *Financing Essential Drugs : a Report of a WHO Workshop, Harare Zimbabwe*, Action Programme on Essential Drugs, WHO/DAP/88.10, Geneva.
- WHO, (1988) *Guidelines for implementing the Bamako Initiative, Regional Committee for Africa*, Thirty eight session, Brazzaville, 7-14 September, AFR/RC38/18 Rev.1.
- WHO, (1988), *Guideline for implementing the Bamako Initiative*, Regional Committee for Africa, Thirty-eighth session, AFR/RC38/REV.1 Brassaville.
- Wildavsky A, (1979) *The politics of the Budgetary process*, (3rd ed.), Boston : Little Brown.
- Willis CY, (1993) *Means Testing in Cost Recovery of Health Services in Developing Countries, Phase I : Review of Concepts and Literature and Preliminary Field Work Design*, Major Applied Research Paper 7, Bethesda, Md : Abt Associates Inc., Health Financing and Sustainability Project, November.
- Woodward J, (1965) *Industrial Organization Theory and Practice*, London : Oxford University Press.
- World Bank, (1993) *World Development Report 1993 : Investing in Health*, New York : Oxford University Press.
- World Bank, (1994) *Better Health in Africa: Reforms, Results, and the Road Ahead*, Washington D.C.
- Wouters A-M, (1995) *Improving quality through cost recovery in Niger*, Health Policy and Planning, 10(3) : 257-270.

Yin RK (1981a) *The case study crisis: some answers*, Administrative Science Quarterly, 26 : 58-65.

Yin RK, (1981b) *The case study as a serious research strategy*, Knowledge : Creation, Diffusion, Utilization, 41 : 21-28.

Yin RK, (1984) *Case Study Research*, Beverly Hills : Sage.

Yin RK, (1994) *Case Study Research. Design and Methods, Second Edition*, Beverly Hills : Sage.

Yoder RA, (1989) *Are People Willing and Able to Pay for Health Services?*, Social Science and Medicine, 29(1) : 35-42.

CHAPITRE 8 - ANNEXES

ANNEXE 1
ÉLÉMENT DE PRÉCISION SUR LA SANTÉ FINANCIÈRE
DES ORGANISATIONS HOSPITALIÈRE

La santé financière sera mesurée par des indicateurs de performance. Il y a à cet effet plusieurs travaux qui pourraient constituer une référence pertinente à notre mesure de santé financière. Ainsi, selon l'Association des Hôpitaux de l'Ontario (OHA), les mesures de performance financière et leurs conditions fournissent aux détenteurs d'enjeux une vision valable dans laquelle les hôpitaux déploient et gèrent les ressources humaines et financières dans les soins. Les indicateurs financiers sont souvent utiles quand ils sont examinés en conjonction avec les indicateurs d'autres quadrants. Ils peuvent être utilisés à la fois pour valider le succès des pratiques managériales et pour identifier les zones qui causent du tort aux études et les possibles actions pour y remédier. La bonne performance financière et les conditions financières idéales sont des facteurs critiques de succès dans la pérennisation de l'approvisionnement de services hospitaliers de qualité élevée. Il a été retenu 9 indicateurs classifiés en 5 grandes familles. Une revue de littérature extensive pour élaborer les indicateurs financiers a été entreprise durant la préparation du rapport des hôpitaux 1998. Les indicateurs retenus sont les suivants :

a) La viabilité financière

Il mesure la santé financière attendue à long-terme. Il est fortement influencé par les résultats financiers positifs des dernières années.

b) L'efficience

Il mesure les réalisations ou le résultat (output) en rapport avec le coût des intrants (input) requis pour produire les outputs. Il assure la meilleure utilisation des inputs de l'hôpital pour atteindre un certain niveau d'output et qui est associé avec l'efficience des inputs.

c) La liquidité

Il mesure comment les actifs et les passifs courants sont gérés. L'incapacité de satisfaire les obligations de court terme peut cacher la prestation la qualité des services de santé aux patients.

d) Le capital

Il mesure comment le long terme des actifs tels que les équipements majeurs sont gérés et acquis. Le capital mesure souvent les signaux concernant le degré de flexibilité que possède une organisation dans l'augmentation de son capital.

e) Les ressources humaines

Il mesure comment l'hôpital alloue les ressources humaines aux soins des patients et les activités autre que le soin patient.

Toutefois, les raisons d'une méconnaissance de la comptabilité des dotations aux amortissements et aux provisions assorties, d'un patrimoine non propre à l'hôpital et d'une absence sur le marché financier en tant qu'acteur rendent les indicateurs de performance de l'OHA non valides dans notre étude.

D'autres écrits analysent la mesure de la performance financière sous forme de taux de rendement ou de rentabilité. À cet effet, on pourrait opter pour un indicateur plus synthétique qui est celui de la **rentabilité globale (RG)**. Il est égal au ratio entre le résultat d'exploitation et les ressources propres. Il a également pour avantage de tenir compte aussi bien des flux patrimoniaux que de ceux relevant de l'exploitation (Lauzel et Cibert, 1971; Loi organique No 59-249 du 31 décembre 1959; Loi No 94-201 du 08 avril 1994). Pour nous la Santé Financière sera alors mesurée par la RG. Cependant, cette mesure utilisée isolément ne saurait être suffisamment valide. Il faut alors rechercher des mesures additionnelles. Des investigations complémentaires révèlent qu'on peut obtenir la performance financière à partir de 9 variables : la croissance du bénéfice net, la croissance des dépôts (organisation bancaires), le bénéfice net par action, la croissance du chiffre d'affaires, le coefficient de capitalisation (cours de l'action/bénéfice), la rentabilité ou le

gain, le taux de rendement de l'actif (« Return On Asset » ROA), le taux de rendement de capitaux propres (« Return On Equity » ROE), le taux de rendement de l'investissement (« Return On Investment » ROI) (Boyd, 1991). Dans la même vision, Datta et al. (1991) confirme que la performance est généralement définie comme une mesure de la rentabilité de la firme et/ou mesure de risque bien que les études ont utilisé d'autres mesures telles que la croissance des chiffres d'affaire et le cash flow. Il y a effectivement des indices de performance issus de la comptabilité tels que ROI, ROE, ROA, ou le taux de rendement du capital afin d'opérationnaliser la rentabilité (rentabilité); lorsque le risque est mesuré typiquement par la variabilité de la rentabilité. À ce titre, Cummings (1983) définit l'efficacité comme un index économique d'un ratio d'intrants mesurés pour mesurer des extrants. Il définit la rentabilité comme un cas particulier de l'efficacité où l'index économique est évalué à travers le rendement de X, où X peut être n'importe quel nombre de construits d'intrants (e.g. actifs, capitaux propres, ventes, etc.).

Mais ces mesures sont en général issues des états financiers. Dans les CH nous serons confrontés à un certain nombre de problèmes.

ANNEXE 2

LE BILAN DE LA COLLECTE DES DONNÉES

Les tableaux ci-dessous, présente de façon synoptique, le bilan de la collecte par rapport aux variables à l'étude.

TABLEAU A - Bilan de la collecte sur les attributs du gestionnaire

Variables	Échelle de mesure	Ce qui est à mesurer	Ce qui a été mesuré
Expérience	Nominal à 3 niveaux	Expérience	Expérience
Éducation	Continue	Éducation	Éducation
Âge	Continue	Âge	Âge
Expertise	5 niveaux : 4, 3, 2, 1 et 0	Expertise	Expertise
Sexe	2 niveaux : 0 et 1	Sexe	Sexe
Total		05	05

TABLEAU B - Bilan de la collecte sur les attributs de l'organisation et la PRCAS

Variables	Échelle de mesure	Ce qui est à mesurer	Ce qui a été mesuré
Différenciation horizontale	Continue	Le nombre de services de soins médico-techniques.	Différenciation horizontale
Différenciation verticale	Continue	Le nombre de niveau de supervision	Non car concept flou en théorie et unique de façon institutionnelle pour tous les CH
Spécialisation	Continue	Le nombre de spécialiste MD.	Oui
La taille	Continue	Le nombre d'employés total	Oui
Les ressources financières	Continue	Les fonds non propres	Oui
Le personnel médical	Continue	Le nombre de MD	Oui
Le personnel paramédical	Continue	Le nombre de paramédicaux	Oui
La capacité	Continue	Le nombre de lits	Oui
Total			
La RG	Continue	La catégorie de RG	La proportion de RG
PRCAS globale	Continue	Avis des experts en 6 points	Oui

TABLEAU C - Bilan de la collecte sur la PRCAS et ses dimensions

Variables		Ce qui est à mesurer	Ce qui a été mesuré
Les formations	3 niveaux : 1/3, 2/3 et 3/3	Le taux moyen de participation (le nombre de participants effectifs), la couverture (le nombre de personnes supposées participer), l'intensité (1 formation tous les 6 mois)	Le nombre de personnes ayant reçu au moins une formation de 1994 à 1998. Aucun document ne donne les autres informations et les biais de mémoires seraient trop grands. En outre, les formations nationales sont inexistantes depuis juin 1996.
L'investissement	Continue	Le niveau relatif des investissements par rapport aux investissements totaux.	Les investissements sur les ressources propres sur pour l'année 1998 car problème d'exhaustivité pour le niveau relatif.
La décentralisation	TMP : 9 niveaux (de 0/8 à 8/8) NTRA : 3 niveaux	Le taux moyen de participation des membres du COGES de 1994 à 1998 et le nombre de réunions de 0 à 15.	Le nombre de participants aux réunions de COGES en 1998 et le nombre de rencontres au cours de cette même année.
La tarification	2 niveaux : 0 et 1	Le pourcentage de tarification effectif partant de 15 patients.	On a eu les 15 factures. Mais cela ne reflète qu'une réalité comptable; car les cas de tarifications illégales ne sont pas matérialisés par ces factures.
L'intéressement	2 niveaux: 0 et 1	Le montant de la prime distribué sur la masse salariale et le montant de l'intéressement sur l'effectif moyen de 1994 à 1998.	La période de 1994 à 1998 accroît énormément les données manquantes. On s'est donc limité à l'effectif et au personnel de l'année 1998.
La politique du médicament	Continue	Le rapport entre le nombre de médicaments disponibles et le nombre de médicaments prévus. Le nombre de jours de ruptures de stock. Les taux de satisfaction des ordonnances médicales prescrites	Le nombre de ruptures de stocks. Les taux de satisfaction des ordonnances factures amis cela n'est aussi que le reflet d'une réalité comptable. On a alors tenu compte des dotations budgétaires en médicaments. Les médicaments disponibles et les médicaments prévus sont en cours et donc non encore disponibles.

TABLEAU D - Bilan de la collecte sur les attributs du contexte organisationnel

Variables		Ce qui est à mesurer	Ce qui a été mesuré
La densité de la population	Continue	La population au KM2	Non car fichier RGPH98
Le taux d'alphabétisation	Continue	Le taux moyen d'alphabétisation de la population locale	Le taux d'alphabétisation de 5 strates à l'étude : Abidjan, autres villes, forêt rurale Est, forêt rurale Ouest, savane rurale. Variabilité est minime et non homogénéité, des variables, minimisée à l'intérieur des strates.
L'âge	Continue	L'âge moyen de la population locale	Non car RGPH98
La distribution de la population par sexe	Continue	Le pourcentage de la population d'un sexe par rapport à la population totale.	Oui
La taille du ménage	Continue	La taille moyenne des ménages	Oui.
L'espérance de vie	Continue	L'espérance de vie moyenne de la population	Non car RGPH98 non disponible entièrement
La prévalence des trois principales affections	Continue	Le taux de prévalence des trois principales affections	Oui mais par district et avant 1998.
Le revenu	Continue	Le revenu moyen de la population locale	Non car RGPH98
Ratio pop/MD	Continue	Le nombre d'habitants par MD	Oui mais par district 1997
Ratio pop/para	Continue	Le nombre d'habitants par personnel paramédical.	Oui par district 1997
Ratio pop/lit	Continue	Le nombre d'habitants par lit	Oui mais par région
Ratio ressources mat/habitant	Continue	Le nombre d'habitants par ressources matérielles	Oui mais par région
Le degré de compétitivité	Continue	Le nombre de sources alternatives de soins	Non car fichiers inexistantes et secteurs informels très importants.
Le degré d'urbanisation	Continue	Le pourcentage de la population urbaine	Oui

TABLEAU D - Bilan de la collecte sur les attributs du contexte organisationnel (suite)

Variables		Ce qui est à mesurer	Ce qui a été mesuré
Les assurés	Continue	Le nombre de patients assurés par CH.	Oui
Les infrastructures économiques	Continue	Le nombre d'infrastructures de productions économiques : entreprises, firmes, industries, sociétés, etc.	Oui car on dispose d'un estimateur par une carte géographique.
Les projets sanitaires	Continue	Le nombre de projets de santé dans la localité	Non car les fichiers du ministère de la santé sont partiels et en dehors du ministère ils ont été inaccessibles comme les FRAR et FIAU.
La densité des infrastructures de communication	Continue	Les infrastructures de communication au km ²	Non car on l'a remplacé par un estimateur qui est le nombre d'axes routiers pour connaître le niveau structurel d'accessibilité.
Le chômage	Continue	Le taux moyen de chômage de la population locale.	Oui mais dans les 5 strates à l'étude. Toutefois on pourrait en avoir dans le RGPH98.

ANNEXE 3

DES INDICATEURS FINANCIERS EN ORGANISATION

Nous allons présenter en exemples certains indicateurs de santé financière car il existe beaucoup de ratios pour les mesurer.

① Les ratios de structures ou de stabilité :

⇒ *Le Fonds de Roulement Propre (FRP) :*

Capitaux propres corrigés – Actifs fixes. $FRP > 0$

⇒ *Le Fonds de Roulement Net (FRN) :*

Capitaux permanents – Actifs fixes. $FRN > 0$.

Le fonds de roulement peut être considéré, quand il est positif, comme une marge de sécurité correspondant à la partie des capitaux permanents qui sert à financer l'actif circulant. Dans ce cas, la règle de l'équilibre financier minimum est respectée.

⇒ *La structure des capitaux permanent :*

Capitaux propres corrigés/Exigible à long terme. Il doit être > 1 .

⇒ *Le ratio de couverture des stocks :*

FRN positif/Stocks et commandes en cours d'exécution (valeurs d'exploitation). Il doit être > 1 .

Critique : Les CH en CI ne possèdent pas de patrimoines propres. Donc ils n'ont ni immobilisations ni capitaux permanents à proprement parler. (décret No 98-379). Ils n'ont pas de transactions sur le marché financier.

② Les ratios de solvabilité ou d'équilibre :

Ils analysent l'origine des sources de financement que l'entreprise possède ainsi que la durée pendant laquelle elles sont à sa disposition.

⇒ *L'Indépendance Financière (IF) :*

Capitaux propres (corrigés)/Total passif (restructuré). Ce ratio doit tendre vers 1.

⇒ *Le taux d'endettement :*

Exigible L.T. + Exigible C.T./Total passif (restructuré). Il s'agit de calculer la proportion des capitaux étrangers par rapport au total du passif. Plus il est élevé plus la situation de l'entreprise devient préoccupante.

⇒ *Le degré de permanence des sources de financement :*

Capitaux permanents/Total passif (restructuré). Permet de voir la prédominance des capitaux à plus d'un an ou le contraire dans le financement de l'entreprise.
Norme > ou = 0,50

Critique : Les CH ne disposent pas de capitaux à long terme. Ils disposent seulement de fonds propres à moins d'un an. Toutefois on considérera tous les capitaux financiers de l'hôpital et on vérifiera un proxy de l'I.F. mais à court terme. Il sera la part des fonds propres par rapport à l'ensemble des financements. On peut aussi le calculer par la comparaison entre les fonds propres et les subventions de l'État. Nous l'appellerons le Coefficient de Mobilisation des Ressources Additionnelles (CMRA).

③ Les ratios de liquidité :

Mesurent la capacité de l'entreprise à faire face à ses engagements à court terme. Nous concentrons ici notre attention sur les rubriques du bas du bilan.

⇒ *La liquidité générale (LG) :*

Valeurs d'exploitation + Réalisables + Disponible / Exigible CT. C'est la capacité

de faire face aux dettes à court terme à l'aide des capitaux circulants. Norme : > 1 si $FRN > 0$.

⇒ *La liquidité réduite (LR)* :

Réalisable+Disponible/Exigible CT. Comment faire face relativement rapidement face aux exigibles à court terme. Norme comprise entre 0,25 et 0,50.

⇒ *La liquidité immédiate (LI)* :

Valeurs disponibles/Exigible CT. Comment les disponibilités de l'entreprise couvre l'exigible à court terme.

Critique : Les CH ne contracte pas de dettes à court terme. Même les crédits fournisseurs se font sur la base des avoirs prévus et sûrs. Donc les exigibles à court terme n'apparaissent pas vraiment dans la comptabilité. En fait, l'une des règles de la finance publique est le principe de l'équilibre budgétaire. Ainsi, toutes les dépenses envisagées ont leur contrepartie financière assurée.

Les 3 précédents groupes de ratios relèvent de la comptabilité patrimoniale du bilan. Le quatrième groupe qui va suivre concernera le compte de résultat. Il portera alors plus sur les transactions relevant d'un exercice donné. Le cinquième groupe de ratios s'intéressera à la fois aux données du bilan et des comptes de résultat.

④ **Les ratios de gestion :**

Il s'agit de la couverture d'une catégorie de charge par le chiffre d'affaire net. Ce dernier étant égal à au chiffre d'affaire + la variation des stocks d'encours de fabrication, des produits finis et des commandes en cours d'exécution (augmentation +, diminution -) ainsi que le compte de production immobilisée.

En général, ces ratios se calculent par rapport aux numérateurs suivants : achats et variations de stocks; services et biens divers; rémunérations plus charges sociales plus pensions; amortissements plus réductions de valeurs plus provisions; charges

financières; charges exceptionnelles; impôts. Le chiffre d'affaires net sera au dénominateur.

Critique : On constate ici que pour les entreprises de prestations de service comme le CH, les biens et les stocks sont pas beaucoup importants. Cela sous estime tous les produits qui ne nécessitent pas de matière première. C'est le cas des consultations médicales. Pour ce qui est de la valeur des services et biens divers, nous sommes dans le cadre d'une politique de recouvrement de coût dans un contexte d'organisation publique à but non lucratif. Il serait peu pertinent d'utiliser le second ratio. Pour les 5 derniers ratios, ils sont composés d'éléments non disponible dans le CH. On ne peut donc pas les calculer. Dans l'ensemble, les ratios de gestion apparaissent peu utile dans le cadre de notre étude.

⑤ **Les ratios de rentabilité :**

Les ratios de rentabilité de l'activité, les ratios de rentabilité des capitaux engagés, l'effet levier, le cash flow net ou la capacité d'autofinancement, la rentabilité boursière.

⇒ *Les ratios de rentabilité de l'activité :*

× Les ratios de marge bénéficiaire ou de marge nette :

Marge nette = bénéfice de l'exercice / Chiffre d'affaires net.

Il indique combien de francs de bénéfice net généré par un franc de chiffre d'affaires. Il mesure une marge bénéficiaire globale et met en évidence la profitabilité de l'entreprise en traduisant sa productivité.

Marges d'exploitation = Résultat d'exploitation / Chiffre d'affaires net.

Cet indicateur est intéressant, car il met en évidence la profitabilité de l'entreprise. Si celle ci est négative, cela signifie que l'activité normale et courante de l'entreprise est incapable à elle seule d'équilibrer le compte de résultats.

✱ Les ratios de capacité bénéficiaires :

Capacité bénéficiaire brute = cash flow brut / chiffre d'affaires net.

Cash flow brut = Résultat de l'exercice (avant impôts) + Amortissement et réductions de valeur sur frais d'établissement, immobilisation incorporelles et corporelles (dotations - reprises) + Provisions pour risques et charges d'exploitation et exceptionnelles (dotations - reprises).

Capacité bénéficiaire net = Cash flow net / Chiffre d'affaires net.

Où cash flow net = Cash flow brut – impôts

Les ratios de capacité bénéficiaire sont de plus large portée que les ratios de marge car ils permettent de mieux circonscrire le pouvoir de gain et la capacité d'autofinancement de l'entreprise par rétention de bénéfices au sein de celle-ci.

Critique : Mais les ratios de capacité ne sont pas calculables. On ignore tout des amortissements et provisions des CH. Donc on leur préférera les ratios de marge dans le contexte de notre étude.

⇒ *Les ratios de rentabilité des capitaux engagés :*

✱ Le ratio de rentabilité des capitaux propres ou de rentabilité financière :

Rentabilité financière = Bénéfices de l'exercice / Capitaux propres.

Ce ratio indique la rentabilité générée avec un franc de capitaux propres investit dans l'entreprise. Il mesure, donc, l'efficacité avec laquelle l'entreprise utilise les capitaux confiés par ses actionnaires.

✱ Le ratio de rentabilité de l'actif total ou rentabilité économique :

Rentabilité économique = bénéfice de l'exercice + Charges des dettes / Passif total (restructuré).

Ce ratio peut être comparé au ratio de rentabilité financière. Si le ratio de rentabilité économique est supérieur au ratio de rentabilité financière, cela nous indique que l'effet levier est positif, c'est à dire que les capitaux empruntés favorisent la rentabilité globale de l'entreprise.

Critique : Le passif total est méconnu à cause de ce que pourrait représenter les capitaux permanents. La seule information que nous avons ce sont les avoirs propres à court terme des CH. Il y a lieu de faire la différence entre le bénéfice de l'exercice et le résultat de l'exercice dans le cas spécifique de notre étude.

⇒ *L'effet de levier :*

Emprunter n'est pas synonyme d'appauvrissement d'une entreprise, à tout le moins, pas dans tous les cas. La règle du levier dont l'objectif est de donner une structure optimale de financement s'énonce comme suit : « Tant que l'entreprise peut emprunter aux tiers à un coût inférieur au taux interne de rentabilité, elle a intérêt à accroître son endettement, la rentabilité des capitaux propres croîtra plus que proportionnellement. »

A l'inverse, si la rentabilité des fonds investis tombe en dessous du coût des fonds empruntés, l'effet de levier joue en sens inverse et l'impact sur le rendement des fonds propres sera d'autant plus fort que l'endettement sera élevé.

L'entreprise cherchera à trouver un juste équilibre entre fonds propres et fonds empruntés. Le levier peut se définir à la fois comme étant :

× Un effet multiplicateur de la rentabilité de l'actif total :

Rentabilité financière brute = Rentabilité économique * coefficient de levier
 Coefficient de levier = $(\text{Passif total(restructuré)}/\text{Cap. Propres (corrigés)}) * (\text{Résultat brut}/\text{Résultat brut} + \text{charges financières})$

Plus les capitaux propres sont d'un faible rapport dans les sources de financement, plus l'endettement sera grand et plus l'effet multiplicateur sera grand.

× Un amplificateur du risque financier :

Plus les charges financières afférentes à l'endettement sont importantes, plus la valeur du ratio sera faible. Le terme « résultat brut/(Résultat brut + charges financières) » levier mettra en évidence que la rentabilité décroît plus que proportionnellement au fur et à mesure que l'entreprise s'endette.

Critique : Le levier ne s'applique pas aux CH car ils ne font face à aucun endettement. Il serait approprié de leur permettre de faire ressortir les niveaux d'endettement. De toutes les façons, des pratiques officieuses de dettes demeurent une réalité. C'est le cas d'un CH qui acquiert un automate de biochimie à un prix très élevé. Ce prix pourrait absorber plus de la moitié du budget de fonctionnement des plus gros CH et la totalité des budgets d'autres CH. Le paiement se fera alors selon des annuités. Les dettes pourraient s'étendre sur un financement de 5 ans. Cette exigibilité à long terme n'apparaîtra nul part dans la comptabilité et pourtant elle existe véritablement.

⇒ *Le cash flow net ou capacité d'autofinancement :*

Autofinancement = Cash flow net – (Dividendes + tantièmes + autres allocataires).

La capacité d'autofinancement est vitale pour l'entreprise car il lui permettra :

- assurer le financement pour tout ou partie de ses investissements nouveaux;
- renforcer son fonds de roulement;
- accéder plus facilement si le besoin s'en fait sentir à des nouvelles sources de financement;
- rémunérer les actionnaires en leur versant des dividendes.

L'autofinancement minimal peut se définir comme étant le montant minimal d'autofinancement dont une entreprise a besoin pour conserver son niveau de production actuelle. Il devra donc être nécessairement supérieur aux amortissements. Il faut prendre en compte le poids de l'inflation.

L'autofinancement de développement est le moyen nécessaire à l'entreprise pour accroître ses moyens de productions. Ce niveau sera donc supérieur à celui de l'autofinancement minimal.

× Autofinancement/Investissements (suffisants) de l'exercice :

Ce ratio indique la part prise par l'entreprise dans le financement de ses investissements.

Si le ratio = 1, cela veut dire que l'entreprise peut assurer à elle seule le financement de la totalité de ses investissements. S'il est inférieur à 1, elle a recours à des sources extérieures pour financer ses investissements. Plus il tendra vers 1, plus l'entreprise est indépendante de l'extérieur pour financer son devenir.

* Dettes LT/Autofinancement :

Il nous indique le nombre d'années nécessaires pour rembourser l'entièreté de son exigible à long terme par sa seule capacité d'autofinancement si nous supposons que celle-ci reste constante.

Critique : Considérant l'importance de la contribution de ces ratios, il convient de repenser les principes de la finance publique des CH. Cette réforme permettrait d'améliorer la gestion des organisations publiques dans leur ensemble et d'alléger le poids des pertes engendrées par le manque de bonne pratique comptable et financière.

⇒ *La rentabilité boursière :*

Certaines entreprises ont leurs actions cotées en bourse leur assurant ainsi des moyens de financement octroyés par des petits ou gros investisseurs misant sur le marché des valeurs mobilières à risque. Pour ces intervenants, une analyse de l'évolution du cours des titres et de la capitalisation boursière de l'entreprise est intéressante à mener. Étant donné que les CH ne sont pas cotés en bourse, cette partie ne concerne pas notre étude.

ANNEXE 4

DIMENSION DES CINQ CONFIGURATIONS STRUCTURELLES

Table 1 Dimensions of the five structural configurations (from a typology of organizational structure by H. Mintzberg)

	Simple structure	Machine bureaucracy	Professional bureaucracy	Divisionalized Form	Adhocracy
Key co-ordinating mechanism	Direct supervision	Standardization of work	Standardization of skills	Standardization of outputs	Mutual adjustment
Key constituent of organization	Strategic apex	Technostructure	Operating core	Middle line	Support staff (with operating core in operating adhocracy)
Design parameters					
Specialization of jobs	Limited specialization	Considerable horizontal and vertical specialization	Considerable horizontal specialization	Some horizontal and vertical specialization (between divisions and HQ)	Considerable horizontal specialization
Training and indoctrination	Limited training and indoctrination	Limited training and indoctrination	Considerable training and indoctrination	Some training and indoctrination (of division managers)	Considerable training
Formalization of behaviour: bureaucratic/organic	Limited formalization organic	Considerable formalization bureaucratic	Limited formalization bureaucratic	Considerable formalization (within divisions) bureaucratic	Limited formalization organic
Grouping	Usually functional	Usually functional	Functional and market	Market	Functional and market
Unit size	Wide	Wide at bottom, narrow elsewhere	Wide at bottom, narrow elsewhere	Wide (at top)	Narrow throughout
Planning and control systems	Limited planning and control	Action planning	Limited planning and control	Considerable performance control	Limited action planning (especially in administrative adhocracy)
Liaison devices	Few liaison devices	Few liaison devices	Liaison devices in administration	Few liaison devices	Many liaison devices throughout
Decentralization	Centralization	Limited horizontal decentralization	Horizontal and vertical decentralization	Limited vertical decentralization	Selective decentralization
Contingency factors					
Age and size	Typically young and small	Typically old and large	Varies	Typically old and very large	Typically young (operating adhocracy)
Technical system	Simple, not regulating	Regulating but not automated, not very complex	Not regulating or complex	Divisible, otherwise typically like machine bureaucracy	Very complex, often automated (in administrative adhocracy); not regulating or complex (in operating adhocracy)
Environment	Simple and dynamic; sometimes hostile	Simple and stable	Complex and stable	Relatively simple and stable; diversified markets (especially products and services)	Complex and dynamic; sometimes disparate (in administrative adhocracy)
Power	Chief-executive control; often owner-managed; not fashionable	Technocratic and external control; not fashionable	Professional-operator control; fashionable	Middle-line control; fashionable (especially in industry)	Expert control; very fashionable

ANNEXE 5

LES MESURES D'ASSOCIATION ENTRE LES VARIABLES À L'ÉTUDE

- 1 : L'âge
- 2 : L'expérience
- 3 : L'expertise
- 4 : L'éducation
- 5 : La part des assurés
- 6 : La gamme de services
- 7 : La spécialisation
- 8 : La taille
- 9 : Les ressources financières
- 10 : La capacité
- 11 : La conformité technique
- 12 : La professionnalisation du personnel soignant
- 13 : La professionnalisation du personnel paramédical
- 14 : La professionnalisation du personnel non médical
- 15 : La part de dotation des services du CH dans sa région
- 16 : Le niveau de dotation régionale des services
- 17 : La participation du personnel et de la population à la gestion
- 18 : La dotation en ressources médicales
- 19 : La dotation en ressources paramédicales
- 20 : L'aisance financière
- 21 : La densité de la population par district
- 22 : L'accessibilité géographique
- 23 : Le niveau des activités économiques
- 24 : Le taux de migration nette
- 25 : Les soins préventifs
- 26 : La Charge de la Morbidité Globale (CMG)
- 27 : La dotation régionale en ressource hospitalière
- 28 : La dotation régionale en ressource lits
- 29 : La dotation régionale en ressource bloc opératoire
- 30 : La dotation régionale en ressource laboratoire
- 31 : La dotation régionale en ressource radiologie
- 32 : La dotation régionale en ressource médicale
- 33 : La dotation régionale en ressource infirmière

- 34 : La dotation régionale en ressource sage-femme
- 35 : La variation du chiffre d'affaires par lit (1995-1998)
- 36 : Le chiffre d'affaires par lit en 1998
- 37 : Le coefficient de mobilisation des ressources propres additionnelles en 1998
- 38 : Le taux de croissance des ressources propres de 1995 à 1998
- 39 : La variation du coefficient de mobilisation des ressources propres additionnelles de 1995 à 1998
- 40 : La rentabilité globale en 1998
- 41 : Rentabilité de la subvention en 1998
- 42 : Le degré d'implantation de la formation
- 43 : Le degré d'investissement en ressources propres
- 44 : La conformité de l'intéressement du personnel
- 45 : La couverture en terme de participation du personnel et de la population à la gestion du CH
- 46 : L'intensité de la participation du personnel et de la population à la gestion du CH
- 47 : Le degré d'implantation du budget médicament
- 48 : Le degré d'implantation de la PRCAS ou le score global PRCAS

Remarque :

Elle concerne essentiellement les associations entre les différentes variables à l'étude.

Le tableau des coefficients de corrélation devra se lire comme suit :

- u : le coefficient d'incertitude
- s_f : le coefficient de Spearman
- r : le coefficient de Pearson
- τ_b : le coefficient de Kendall pour variables ordinales de même niveau d'échelle
- τ_c : le coefficient de Kendall pour variables ordinales de niveaux d'échelle différents

Dans chaque cellule, il y a la valeur du coefficient, la nature de la corrélation et le signe « * » pour indiquer la significativité de l'association. (* $p < 0,05$)

LES MESURES D'ASSOCIATION ENTRE LES VARIABLES À L'ÉTUDE (suite)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
1	1																								
2	,651* s _r	1																							
3	,532* u	,681* u	1																						
4	-,09 s _r	,049 s	,241* u	1																					
5	-,168 r	-,144 r	,328 u	,103 s _r	1																				
6	-,25* r	-,161 r	,142* u	,198 s _r	,591* r	1																			
7	-,149 r	,286 u	,110 u	-,085 r _c	,473* s	,62* s _r	1																		
8	-,397* r	-,234 r	,247 u	,261* u	,706* r	,843* r	,741* s _r	1																	
9	-,273* r	-,113 r	,249 u	,260* s _r	,296* r	,464* r	,676* s _r	,753* r	1																
10	-,359* r	-,21 r	,234 u	,166 s _r	,605* r	,784* r	,542* s _r	,677* r	,240 r	1															
11	-,148 r	-,117 r	,124 u	,134 s _r	-,45* r	,89* r	,473* s _r	,706* r	,473* r	,558* r	1														
12	,020 r	-,069 r	,191 u	,118 s _r	,248 r	,209 r	,249* s _r	,111 r	,147 r	,026 r	,304* r	1													
13	-,190 r	-,143 r	,190 u	,137 s _r	,566* r	,774* r	,575* s _r	,691* r	,342* r	,632* r	,643* r	,139 r	1												
14	-,016 r	,167 r	,254 u	,168 s _r	-,134 r	-,087 r	-,072 s _r	-,072 r	,266* r	-,239 r	-,016 r	,232 r	,017 r	1											
15	-,008 r	-,117 r	,187 u	,008 s _r	,502* r	,597* r	,248* s _r	,399* r	,034 r	,537* r	,393* r	,136 r	,487* r	-,163 r	1										
16	-,059 r	-,050 r	,052 u	-,103 s _r	,373* r	,265* r	,022 s _r	,071 r	-,113 r	,179 r	,198 r	-,042 r	,336* r	-,025 r	,367* r	1									
17	-,004 r	,024 r	,064 u	,264* s _r	,124 r	,219 r	,133 s _r	,125 r	,012 r	,185 r	,245* r	,326* r	,154 r	-,116 r	,071 r	-,051 r	1								
18	-,070 r	-,093 r	,252 u	-,142 s _r	-,057 r	-,205 r	,394* s _r	,301* r	-,417* r	,247* r	-,305* r	-,384* r	-,191 r	-,336* r	,063 r	,121 r	-,024 r	1							
19	-,064 r	-,012 r	,243 u	-,190 s _r	,100 r	-,09 r	,27* s _r	-,298* r	-,444* r	,276* r	-,127 r	,227 r	-,106 r	-,503* r	,105 r	,088 r	,222 r	,793* r	1						
20	-,066 r	,031 r	,255 u	,102 s _r	-,255* r	-,014 r	,036 s _r	-,334* r	,718* r	-,292* r	,096 r	,055 r	-,05 r	,392* r	-,269* r	-,226 r	-,102 r	-,464* r	-,547* r	1					
21	-,083 s _r	-,054 s _r	,067 u	,112 r _b	-,298* s _r	,223 s _r	,030 u	,054 s _r	,230 s _r	-,264* s _r	-,196 s _r	-,166 s _r	-,191 s _r	,150 s _r	-,544* s _r	-,644* s _r	-,124 s _r	-,185 s _r	-,290* s _r	-,387* s _r	1				
22	-,232 s _r	,020 s _r	,263* u	,193 r _b	385* s _r	,342* s _r	,365* u	,362* s _r	,364* s _r	,319* s _r	,029 s _r	,103 s _r	,279 s _r	,172 s _r	,349* s _r	,230 s _r	-,122 s _r	-,118 s _r	-,098 s _r	-,050 s _r	,086 r _b	1			
23	-,318* r	-,191 r	,182 u	,212 s _r	,592* r	,673 r	,591* s _r	,841* r	,817* r	,817* r	-,597* r	,236 r	,597* r	,155 r	,329* r	,015 r	,183 r	-,351* r	-,301* r	,498* r	-,016 s _r	,361* s _r	1		
24	-,095 r	-,088 r	,082 u	,303* s _r	-,363* r	-,189 r	,060 s _r	-,087 r	,143 r	-,241 r	-,126 r	,041 r	-,233 r	,204 r	-,486* r	-,324* r	,065 r	-,210 r	-,192 r	,310* r	,392* s _r	-,134 s _r	,021 r	1	

LES MESURES D'ASSOCIATION ENTRE LES VARIABLES À L'ÉTUDE (suite)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
25	-,043 r	-,211 r	,179 u	-,004 s _r	-,012 r	-,045 r	-,081 s _r	-,049 r	,000 r	-,056 r	,019 * r	,071 r	,019 r	,098 r	-,023 r	-,092 r	,002 r	-,113 r	-,030 r	-,017 r	,068 s _r	-,312 * s _r	-,075 r	,111 r
26	-,261 * r	-,100 r	,255 u	,346 * s _r	,448 * r	,608 r	,696 * s _r	,674 * r	,416 * r	,550 * r	,551 * r	,029 r	,551 * r	,065 r	,290 * r	-,082 r	,155 r	-,205 r	-,209 r	,080 r	,19 s _r	,396 * s _r	,574 * r	-,053 r
27	,104 r	,061 r	,052 u	,122 s _r	-,215 r	-,115 r	-,035 s _r	,048 r	,236 r	-,093 r	-,145 r	-,049 r	-,145 r	,168 r	-,205 r	-,586 * r	,280 * r	-,191 r	-,221 r	,280 * r	,49 s _r	-,091 s _r	,178 r	,23 r
28	,163 r	-,007 r	,052 u	,286 * s _r	-,137 r	-,075 r	-,037 s _r	-,015 r	,093 r	-,109 r	,020 r	-,097 r	,020 r	,133 r	,023 r	-,226 r	,195 r	-,148 r	-,189 r	,090 r	,124 s _r	-,013 s _r	,071 r	,344 * r
29	,014 r	,008 r	,052 u	,183 s _r	-,274 * r	-,256 * r	-,037 s _r	-,019 r	,227 r	-,142 r	-,225 r	-,057 r	-,225 r	,187 r	-,449 * r	-,554 * r	,067 r	-,130 r	-,163 r	,323 * r	,567 * s _r	-,163 s _r	,088 r	,205 r
30	,000 r	-,010 r	,052 u	,138 s _r	-,354 * r	-,238 r	,059 s _r	-,021 r	,266 * r	-,226 r	-,189 r	-,078 r	-,189 r	,231 r	-,507 * r	-,454 * r	,208 r	-,195 r	-,251 * r	,360 * r	,592 * s _r	-,175 s _r	,107 r	,331 * r
31	,089 r	,044 r	,052 u	,186 s _r	-,390 * r	-,226 r	-,054 s _r	-,066 r	,200 r	-,259 * r	-,210 r	-,056 r	-,210 r	,191 r	-,295 * r	-,545 * r	,295 * r	-,163 r	,278 * r	,295 * r	,475 * s _r	-,141 s _r	,072 r	,373 * r
32	,193 r	,035 r	,052 u	,149 s _r	,216 r	,166 r	-,082 s _r	,043 r	-,104 r	,131 r	,239 r	-,087 r	,239 r	-,044 r	,422 * r	,174 r	,048 r	,003 r	-,213 r	,048 r	-,294 * s _r	,143 s _r	,012 r	,079 r
33	,136 r	-,008 r	,052 u	,256 * s _r	,030 r	,124 r	-,063 s _r	,022 r	-,070 r	,020 r	,133 r	-,038 r	,133 r	-,024 r	,222 r	-,003 r	,065 r	-,105 r	-,112 r	-,120 r	-,199 s _r	,086 s _r	-,007 r	,095 r
34	,136 r	,025 r	,052 u	,197 s _r	,042 r	,088 r	-,144 s _r	,013 r	-,031 r	,052 r	,091 r	-,040 r	,091 r	,023 r	,240 r	-,178 r	,103 r	-,095 r	-,092 r	-,069 r	-,228 s _r	,118 s _r	,047 r	,078 r
35	-,172 r	-,027 r	,406 u	-,076 s _r	-,072 r	,177 r	,439 * s _r	-,162 r	,261 * r	,132 r	,166 r	-,010 r	,166 r	,056 r	-,083 r	-,051 r	,175 r	-,247 r	-,255 r	,078 r	,267 u	,043 s _r	,200 r	,038 r
36	-,237 r	-,148 r	,406 u	,164 s _r	,006 r	,389 * r	,606 * s _r	,620 * r	,261 * r	,132 r	,298 * r	,075 r	,298 * r	,240 r	-,080 r	-,194 r	,089 r	-,537 * r	-,575 * r	,685 * r	,377 * s _r	,139 s _r	,639 * r	,055 r
37	-,359 * r	-,335 * r	,406 u	,091 s _r	,195 r	,500 * r	,447 * s _r	,410 * r	,704 * r	-,021 r	,382 * r	,091 r	,382 * r	-,312 * r	,169 r	,003 r	,155 r	-,066 r	,006 r	-,284 r	-,082 s _r	-,091 s _r	,234 * r	,113 r
38	,043 r	-,147 r	,406 u	-,158 s _r	-,099 r	,176 r	,087 s _r	-,026 r	-,068 r	-,002 r	,050 r	,221 r	,050 r	-,264 * r	-,056 r	,059 r	,143 r	-,056 r	,095 r	-,216 r	-,051 s _r	-,356 * s _r	-,065 r	,185 r
39	,168 r	,140 r	,406 u	-,223 s _r	,151 r	,005 r	,009 s _r	-,162 r	-,199 r	,045 r	,048 r	,309 * r	,048 r	,053 r	,184 r	,260 r	,119 r	-,035 r	,172 r	-,150 r	-,390 * s _r	-,062 s _r	-,090 r	-,214 r
40	,113 r	-,118 r	,395 u	-,103 s _r	-,024 r	,040 r	-,135 s _r	-,043 r	-,148 r	-,007 r	,090 r	-,206 r	-,081 r	-,206 r	-,131 r	,008 r	,098 r	,051 r	-,028 r	-,134 r	-,033 s _r	-,404 * s _r	-,111 r	,178 r
41	-,201 r	-,312 * r	,395 u	-,058 s _r	,055 r	,238 r	,007 s _r	,185 r	-,048 r	,146 r	,260 * r	-,057 r	,058 r	-,440 * r	-,077 r	-,010 r	,115 r	,103 r	,085 r	-,156 r	-,086 s _r	-,298 * s _r	,056 r	,130 r
42	,172 r	,202 r	,062 u	,267 * s _r	,193 r	,057 r	,315 * s _r	,084 r	,107 r	,129 r	,070 r	,221 r	,070 r	,013 r	-,029 r	-,134 r	,109 r	-,132 r	,017 r	-,032 r	,079 s _r	,104 s _r	,083 r	-,017 r
43	-,171 r	-,125 r	,406 u	,083 s _r	-,148 r	,031 r	-,006 s _r	,081 r	,105 r	-,075 r	,056 r	-,154 r	,056 r	,129 r	-,065 r	-,164 r	,157 r	-,128 r	-,246 * r	,090 r	,050 s _r	-,113 s _r	,119 r	,193 r
44	-,043 r	-,215 r	,408 u	,184 s _r	,089 r	,034 r	,152 s _r	,029 r	-,008 r	,139 r	-,005 r	-,040 r	,205 r	,164 r	,073 r	,150 r	-,335 * r	-,009 r	-,010 r	-,104 r	,071 s _r	,250 * s _r	-,044 r	-,115 r
45	,155 r	,220 r	,142 u	,172 s _r	,106 r	,000 r	-,049 s _r	,103 r	,027 r	,034 r	-,062 r	-,174 r	-,045 r	-,062 r	,151 r	-,124 r	,092 r	,113 r	,009 r	,104 r	,040 s _r	,090 s _r	,051 r	-,247 r
46	-,321 * r	-,097 r	,041 u	-,134 s _r	-,039 r	,167 r	,187 s _r	,219 r	,308 * r	-,085 r	,271 * r	,096 r	,095 r	,080 r	,001 r	,184 r	,225 r	-,226 r	-,210 r	,259 * r	,065 s _r	-,109 s _r	,316 * r	,095 r
47	,353 * r	,123 r	,408 u	-,183 s _r	,243 r	-,210 r	-,526 * s _r	-,635 r	-,397 * r	-,281 * r	-,443 * r	-,126 r	-,442 * r	,044 r	-,059 * r	,023 r	-,084 r	,306 * r	,256 * r	-,162 r	,382 * s _r	-,077 s _r	-,474 * r	,336 * r
48	,069 r	,076 r	,406 u	,130 s _r	-,012 r	,032 r	-,092 s _r	,072 r	,101 r	-,012 r	-,145 r	-,135 r	-,145 r	-,067 r	,139 r	-,161 r	,213 r	,105 r	,013 r	,135 r	,187 s _r	-,014 s _r	,102 r	-,216 r

LES MESURES D'ASSOCIATION ENTRE LES VARIABLES À L'ÉTUDE (suite)

25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	
1																								
-0,53 r	1																							
,23 r	,115 r	1																						
,344* r	,225 r	,657* r	1																					
,205 r	,104 r	,781* r	,516* r	1																				
,331* r	,075 r	,85* r	,621* r	,886* r	1																			
,373* r	,004 r	,832* r	,559* r	,543* r	,79* r	1																		
,079 r	,245 r	,082 r	,697* r	,100 r	-,096 r	-,075 r	1																	
,095 r	,264* r	,143 r	,738* r	,005 r	,043 r	,002 r	,915* r	1																
,078 r	,283* r	,364* r	,805* r	,241 r	,184 r	,093 r	,883* r	,931* r	1															
,038 r	,369* r	,195 r	,210 r	,022 r	,188 r	,210 r	,145 r	,256* r	,198 r	1														
,055 r	,431* r	,310* r	,167 r	,238 r	,362* r	,307* r	-,120 r	-,040 r	,286* r	1														
,024 r	,421* r	-,006 r	-,031 r	-,056 r	,015 r	-,007 r	-,059 r	,051 r	-,009 r	,219 r	,412* r	1												
,063 r	-,015 r	-,084 r	-,031 r	-,156 r	-,034 r	-,034 r	-,006 r	,170 r	,052 r	,402* r	,162 r	,453* r	1											
-,014 r	-,010 r	-,364* r	-,186 r	-,438* r	-,427* r	-,326* r	,153 r	,137 r	,040 r	,244* r	-,396* r	,119 r	1											
,025 r	-,096 r	-,064 r	-,095 r	,013 r	,018 r	-,075 r	-,119 r	-,024 r	-,061 r	,019 r	,013 r	,183 r	,356* r	-,125 r	1									
,025 r	,029 r	-,023 r	-,113 r	-,005 r	,048 r	-,003 r	-,175 r	-,077 r	-,126 r	,030 r	,287* r	,688* r	,467* r	-,501* r	,700* r	1								
-,184 r	,077 r	-,121 r	-,285* r	-,116 r	-,117 r	-,040 r	-,286* r	-,253* r	-,248* r	,053 r	-,113 r	-,051 r	-,028 r	,244* r	-,098 r	,017 r	1							
,129 r	,114 r	,330* r	,408* r	,105 r	,281* r	,359* r	,251* r	,364* r	,345* r	,377* r	,403* r	,409* r	,367* r	-,249* r	,244* r	,373* r	-,116 r	1						
-,225 r	,040 r	-,297* r	-,181 r	-,120 r	-,242 r	-,355* r	,024 r	-,049 r	-,062 r	,025 r	-,195 r	-,100 r	-,264* r	,172 r	-,438* r	-,442* r	,275* r	-,167 r	1					
,111 r	,066 r	,100 r	,115 r	-,102 r	-,003 r	,269* r	,077 r	,043 r	,005 r	,061 r	,082 r	,042 r	-,011 r	-,017 r	,079 r	,097 r	,098 r	,122 r	-,172 r	1				
,176 r	-,056 r	-,021 r	-,099 r	-,136 r	,068 r	,113 r	-,216 r	-,133 r	-,223 r	,305* r	,452* r	,263* r	,255* r	-,129 r	,221 r	,322* r	,002 r	,179 r	-,284* r	1				
,067 r	-,485* r	,065 r	,077 r	,085 r	,005 r	,048 r	,084 r	-,042 r	,029 r	-,173 r	-,688* r	-,663* r	-,193 r	,305* r	-,495* r	-,733* r	-,027 r	-,281* r	-,088 r	-,126 r	1			
,104 r	-,084 r	,148 r	,121 r	-,109 r	,006 r	,311* r	,073 r	-,006 r	-,051 r	,421* r	,351* r	,168 r	,134 r	-,049 r	-,040 r	,022 r	,502* r	,477* r	,209 r	-,501* r	,455* r	,158 r	1	

ANNEXE 6

ANOVA

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p
La rentabilité globale en % ou la marge d'exploitation ou le taux de rendement des capitaux propres : (Résultat/RP)*100	Between Groups	9	29,1929341	0,37720517	0,93867779
	Within Groups	37	77,3927199		
	Total	46			
La rentabilité de la subvention: (Résultat/subventions)*100	Between Groups	9	51,0589299	0,49236325	0,8701812
	Within Groups	37	103,701748		
	Total	46			
Le chiffre d'affaires par lit ou l'aisance financière en ressources propre: RP98/lits98.	Between Groups	9	8,1073 ^{E+10}	1,59037105	0,15429458
	Within Groups	37	5,0978 ^{E+10}		
	Total	46			
Le coefficient de mobilisation des ressources additionnelles ou la liquidité immédiate ou la performance en terme de ressources financières de l'année 1998 (la proportion des RP par rapport à la subvention de l'État): RP98/subventions98.	Between Groups	9	0,13792993	0,72595877	0,68227351
	Within Groups	37	0,18999692		
	Total	46			
La performance en terme de lits la variation du chiffre d'affaires par lit : (la variation des RP par rapport au nombre de lits actualisés): RP98/lits98 - RP95/lits95.	Between Groups	9	4,7562 ^{E+10}	1,99123333	0,06857298
	Within Groups	37	2,3885 ^{E+10}		
	Total	46			

ANOVA (suite)

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p
La variation financière en terme ou la variation du coefficient de mobilisation des ressources additionnelles (la variation des RP par rapport au montant des subventions publiques actualisées): $((RP98/SUBV98)-(RP95/SUBV95))*100$	Between Groups	9	4067,94052	1,54633717	0,16830786
	Within Groups	37	2630,69438		
	Total	46			
La performance en terme de % de variation des ressources financières (le taux de croissance 1998 des RP par rapport aux ressources propres de l'année 1995 du CH): $(RP98 - RP95)/RP95$.	Between Groups	9	6391,15837	1,98171909	0,06992417
	Within Groups	37	3225,05767		
	Total	46			
Zscore: Le degré d'implantation de la formation	Between Groups	9	0,91900665	0,90125103	0,53409839
	Within Groups	37	1,01970108		
	Total	46			
Zinvest: Zscore(SCORINVE), La part des investisse	Between Groups	9	1,76944415	2,17687207	0,04680806
	Within Groups	37	0,81283791		
	Total	46			
Znip2: Zscore(NIP2), le niveau de l'intéressement du personnel	Between Groups	9	1,06208078	1,07836488	0,40122244
	Within Groups	37	0,98489927		
	Total	46			

ANOVA (suite)

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p
Zscore: Le taux moyen de participation					
Between Groups	10,8510898	9	1,20567665	1,26917266	0,28585067
Within Groups	35,1489102	37	0,94997055		
Total	46	46			
Zntra: Zscore(SCORNTA), L'ampleur du nombre total de rencontres annuelles du COGES					
Between Groups	14,3608523	9	1,59565025	1,86601295	0,08858761
Within Groups	31,6391477	37	0,8551121		
Total	46	46			
Zbmlit: Zscore(BMPLIT), COMPUTE bmlit = budget médicament par lit					
Between Groups	13,2712521	9	1,47458357	1,67308867	0,13192278
Within Groups	31,7287479	36	0,88135411		
Total	45	45			
Le score z de la PRCAS23					
Between Groups	0,14367044	9	0,01596338	1,57699621	0,15843286
Within Groups	0,3745381	37	0,01012265		
Total	0,51820854	46			
PRCAS global en score z y compris tarification					
Between Groups	11419,3863	9	1268,8207	0,81266864	0,60781509
Within Groups	57768,1524	37	1561,30142		
Total	69187,5387	46			
PRCAS score z tenant compte de la tarification: somme/7					
Between Groups	1,14193863	9	0,12688207	0,81266864	0,60781509
Within Groups	5,77681524	37	0,15613014		
Total	6,91875387	46			