



BURKINA FASO
Ministère de la santé
Direction des Etudes et de la Planification



Programme d'appui au développement sanitaire (PADS)
Banque Mondiale
Don du JAPON n°TF053311 du 11/06/2004

Méthodologie d'élaboration adaptée CNS

Etudes sur les comptes nationaux de la santé au Burkina Faso *(rapport final)*

**Novembre /
Décembre 2005**

Contrat de services de consultants
N°158/MFB/MS/SG/DEP/PADS du 16/05/2005
(Suivant manifestation d'intérêt n°158/MS/SG/DEP/PADS du 07/05/2004)



92-98 boulevard Victor Hugo – 92110 CLICHY - FRANCE
Tél : +33 (0)1 55 46 92 60 – Fax : +33 (0)1 55 46 92 79 - Email : health@conseilsante.com

SOMMAIRE

Sigles et abréviations utilisés

Principales orientations méthodologiques

Contexte général pour l'élaboration des CNS au Burkina Faso

Partie I : CONCEPTS, DEFINITIONS ET NOMENCLATURES AU BURKINA FASO

- 1.1 *Concepts et définitions*
 - Concepts et définition non spécifiques
 - Concepts et définitions spécifiques
 - Problèmes résiduels
- 1.2 *Nomenclatures internationales adaptées au contexte du Burkina Faso*
 - Nomenclature des agents (intermédiaires) et des sources de financement de la santé
 - Nomenclature des prestataires de soins de santé
 - Nomenclature des fonctions de santé
- 1.3 *Nomenclatures spécifiques du Burkina Faso*
 - Nomenclature des grands programmes de santé
 - Nomenclature des régions administratives/sanitaires

Partie II : METHODES D'ELABORATION DES CNS

- 2.1 *Approche générale*
- 2.2 *Famille de sources : matrices/tableaux intermédiaires*
- 2.3 *Base CNS de données en statut source : un langage commun de description*
- 2.4 *Prétraitements et base CNS de données en statut prétraité*
- 2.5 *Compilation des matrices des CNS : 1^{er} arbitrage général et 1^{ère} estimation DNS*
- 2.6 *Compilation des matrices des CNS : 1^{er} arbitrages croisés (matrice qui à qui)*
- 2.7 *Correction des erreurs et 2nde base CNS de données en statut prétraité*
- 2.8 *Compilation des matrices des CNS : 2^{ème} arbitrage général et 2^{ème} estimation DNS*
- 2.9 *Compilation des matrices des CNS : 2^{ème} arbitrages croisés (matrice qui à qui)*

Partie III : CONFECTION DES TABLEAUX FINALS DES CNS

- 3.1 *DNS par agent (intermédiaire) de financement de la santé*
- 3.2 *DNS par agent (intermédiaire) et par source de financement de la santé*
- 3.3 *DNS par agent (intermédiaire) de financement et par prestataire de soins de santé*
- 3.4 *DNS par principal agent de financement et par principal prestataire de soins de santé*

(selon le temps disponible dans la suite de l'étude et la disponibilité de données suffisantes)

- 3.5 *DNS par agent (intermédiaire) de financement et par principal programme de santé*
- 3.6 *DNS par agent (intermédiaire) de financement et par région administrative/sanitaire*

Conclusion générale et recommandations

Sommaire des annexes

Annexe 1 :	Argumentaire : quelles années de CNS retenir finalement ?	4
Annexe 1.1 :	Glossaire CNS général et compléments au Burkina Faso	7
Annexe 1.2 :	Nomenclatures internationales adaptées au contexte du Burkina Faso	19
Annexe 1.3 :	Nomenclatures spécifiques du Burkina Faso	31
Annexe 2 :	La représentation empirique des flux financiers : enjeu des CNS (schémas)	35
Annexe 2.1 :	Approche générale retenue : un essai d'approche intégrée	39
Annexe 2.2 :	Processus d'élaboration des CNS (schémas)	41
Annexe 2.3 :	Données et sources de données existantes pour l'élaboration des CNS	43
Annexe 2.4 :	Familles de données : matrices/tableaux intermédiaires à construire	52
Annexe 2.5 :	Bases CNS de données – dessin d'enregistrement et codifications	54
Annexe 3 :	La confection des tableaux finals CNS (vecteur et matrices DNS)	72
Annexe 3.1 :	DNS par agent (intermédiaire) de financement	74
Annexe 3.2 :	Matrice n°1 - DNS par agent et par source de financement	76
Annexe 3.3 :	Matrice n°2 – DNS par agent de financement et par prestataire de soins de santé	78

SIGLES ET ABREVIATIONS UTILISES

ACS	Administration Centrale de la Santé
AF	Agents (intermédiaires) de Financement de la Santé
AP SAB	Association des Professionnels des Sociétés d'Assurances au Burkina
APU	Administrations Publiques
ARV	Anti Rétro Viraux (médicaments)
BCEAO	Banque Centrale des Etats d'Afrique de l'Ouest (siège Dakar ou direction nationale Burkina)
BF-MULTI	Baillleurs de fonds multilatéraux
BF-BI	Baillleurs de fonds bilatéraux
BM	Banque Mondiale
CAD	Comité d'Aide au Développement (OCDE)
CADSS	
CAMEG	Centrale d'Achat de Médicaments Essentiels Génériques et de consommables médicaux
CARFO	Caisse de Retraite des Fonctionnaires
CHR	Centre Hospitalier Régional
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CISSE	Centre d'Information Sanitaire et de Surveillance Epidémiologique
CM	Centre Médical
CMA	Centre Médical avec Antenne Chirurgicale
CNOAB	Centre National d'Orthopédie ...
CNS	Comptes Nationaux de Santé
CNS-SIDA	Comptes Nationaux de Santé – fonction de santé SIDA
CNSS	Caisse Nationale de Sécurité Sociale
CNTS	Centre National de Transfusion Sanguine
COGES	Comité de Gestion des CSPS
CPN	Consultations Pré-Natales
CRS	Centre de Recherche en Santé
CSPS	Centre de Santé et de Protection Sociale
DAF	Direction de l'Administration et des Finances (Ministère Santé)
DCS	Dépenses courantes en soins de santé (total des)
DEP	Direction des Etudes et de la Planification (Ministère Santé)
DGA	Direction Générale des Assurances (Ministère des Finances)
DGB	Direction Générale du Budget (Ministère des Finances)
DGCOOP	Direction Générale de la Coopération (Ministère des Finances)
DGIEM	Direction Générale des Infrastructures, des Equipements et de la Maintenance (Ministère Santé)
DGS	Direction Générale de la Santé (Ministère Santé)
DGHSP	Direction Générale des Hôpitaux publics et du sous-secteur sanitaire privé (Ministère Santé)
DGI	Direction Générale des Impôts (Ministère Finances)
DGPML	Direction Générale de la Pharmacie, du Médicament et des Labos (Ministère Santé)
DHP (ex-DMH)	Direction des Hôpitaux Publics, ex-Direction de la Médecine Hospitalière (Ministère Santé)
DHPES	Direction de l'Hygiène Publique et de l'Education Sanitaire
DLM	Direction de Lutte contre la Maladie
DPV	Direction de la Prévention par la Vaccination
DNS	Dépense Nationale de Santé
DPMPT	Direction de la Promotion de la Médecine et Pharmacopée Traditionnelles
DRH	Direction des Ressources Humaines
DRS	Direction Régionale de la Santé (Ministère de la Santé) (au nombre de 13)
DSF	Direction de la Santé de la Famille
DSF	Déclaration Statistique et Fiscale (document DGI/INSD)
DSP	Direction du sous-secteur sanitaire privé
DTS	Dépense Totale de Santé
DSI	Dépense totale en soins de Santé Individuels
EBCVM	Enquête Burkinabé sur les Conditions de Vie des Ménages

ECD	Equipe Cadre de District (Ministère de la Santé) (au nombre de 55)
EDS-BFIII	Enquête Démographique et de Santé du Burkina Faso de 2003 (3 ^{ième} éd.)
ENSP	Ecole Nationale de Santé Publique
FCFA	Franc de la Communauté Financière Africaine
FMI	Fonds Monétaire International
FS	Fonctions de Santé
OMS-FS-B	Classification des sources de financement de l'OMS & Banque Mondiale pour le Burkina
OST	Office pour la Santé des Travailleurs
ICHA	International Classification for Health Accounts (source OCDE)
ICHA-HF-B	Classification des agents de financement de l'OMS (source OCDE) pour le Burkina
ICHA-HP-B	Classification des prestataires de services de santé pour le Burkina (source OMS/OCDE)
ICHA-HC-B	Classification des services de santé pour le Burkina (source OMS/OCDE)
ICHA-RC-B	Classification des dépenses de production de santé de l'OMS (source OCDE) pour le Burkina
IGSS	Inspection Générale des Services de Santé
INSD	Institut National de la Statistique et de la Démographie
ISBL (SM)	Institutions Sans But Lucratif (au Service des Ménages)
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
LNSP	Laboratoire National de Santé Publique
LONAB	Loterie Nationale du Burkina
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Economique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONATEL	Office National des Télécommunications
ONEA	Office National de l'Eau et de l'Assainissement
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire (au Burkina 2001-2010)
PPTTE	Initiative Pays Pauvres Très Endettés
PSN	Politique Sanitaire Nationale
RDM	Reste Du Monde
SF	Sources de Financement de la Santé
SIAC	Système d'Information à Assise Communautaire
SIDA	Syndrome d'Immuno Déficience Acquise
SIGS	Système d'Information de Gestion Sanitaire
SIGSR	Système d'Information de Gestion Sanitaire de Routine
SIH	Système d'Information Hospitalière (ou de gestion hospitalière)
SIM	Système d'Information Médicale
SNS	Système National de Santé
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SONABEL	Société Nationale Burkinabé d'Electricité
SONAPOST	Société Nationale des Postes
SP-CNLS	Secrétariat Permanent du Comité National de Lutte contre le VIH/SIDA et les IST
TLOH	Télégramme et Lettre Officielle Hebdomadaire
TMP	Tuberculose pulmonaire à Microscopie Positive
UE	Union Européenne
UEMOA	Union Economique et Monétaire Ouest Africaine (Commission basée au Burkina)
UFR/SDS	Unité de Formation et de Recherche en Sciences de la Santé (Université du Burkina)
VIH	Virus d'Immunodéficience Humaine

Résumé : principales orientations méthodologiques

- Une nécessité de préciser la terminologie des Comptes Nationaux de la Santé au Burkina Faso, en conséquence d'adapter les classifications internationales des comptes de la santé (ICHA) au contexte du Burkina Faso et de privilégier certaines classifications nationales pour éclairer la politique nationale de santé (grands programmes de santé, régions sanitaires,...).
- Un exercice d'élaboration des CNS pour l'année 2003 (compte lourd) et pour l'année 2004 (compte léger) dans une période de temps très contrainte faisant reposer celui-ci sur le SNIS (au sens large) existant mis à part quelques enquêtes auprès des prestataires de soins de santé les plus importants (3 CHU et 9 CHR) et les plus inconnus (sous-secteur sanitaire privé de Ouagadougou et de Bobo Dioulasso).
- La réalisation de plusieurs matrices ou tableaux intermédiaires (briques CNS) autour du traitement des principales sources d'information (pré-) existantes (SNIS au sens strict du Ministère de la Santé, la santé dans le budget de l'Etat, la santé dans l'aide extérieure publique et privée, les ménages, les assurances privées+mutuelles+CNSS, les grands prestataires de soins de santé 3CHU&9CHR, les établissements sanitaires privés, le suivi des médicaments avec la CAMEG, les grossistes en produits pharmaceutiques et les officines, les traditionnelles,...)
- Un processus d'articulation des données sous forme de feuilles tableurs Excel depuis les matrices ou tableaux intermédiaires (briques CNS) précédents vers les grands tableaux CNS (sources de financement et agents de financement, agents de financement et prestataires de soins de santé, travaux approfondis pour les principaux prestataires de santé...) via une base CNS de données (en statut source puis en statut prétraité) exprimant toutes les données sources brutes ou semi-agrégées via les matrices/tableaux intermédiaires dans le langage des CNS.
- Un ensemble intégré de procédures d'arbitrage (matrices qui à qui) de données prétraitées exprimées toutes en langage CNS à partir de la base CNS de données en statut prétraité pour estimer les matrices CNS et rechercher la convergence des agrégats CNS selon les différentes approches : agents de financement, agents de financement et source de financement, agents de financement et prestataires de services de santé, ...)

Avertissement :

Le projet d'étude CNS confié à Conseil Santé concernait initialement les années 2001 & 2004, dès le début de l'étude (30 mai 2005) un argumentaire a été remis au coordonnateur du PADS pour remplacer l'année 2001 par l'année 2003 plus fertile en données brutes pour l'élaboration des CNS. Cet argumentaire intégré au rapport de démarrage remis fin juin 2005 est repris en annexe 1.

Contexte général pour l'élaboration des CNS au Burkina Faso

L'élaboration des CNS au Burkina Faso doit viser la confection des grands tableaux permettant d'estimer et de ventiler la Dépense Nationale de Santé (ou un agrégat s'en approchant le mieux) en 2003 et 2004 :

- Très globalement par agent (intermédiaire) de financement (vecteur AF ou HF) ;
- Par source de financement et agent de financement (matrice n°1 : FS * HF) ;
- Par agent de financement et prestataires de services de santé (matrice n°2 : HF*HP)

Un travail complémentaire doit concerner une analyse plus approfondie du dernier tableau pour les principaux prestataires de soins de santé (3CHU, 9CHR, principaux CMA ou/et établissements sanitaires privés ...) au Burkina Faso.

Le présent rapport est articulé autour de 3 parties :

- I. la première partie concerne les concepts, définitions et nomenclatures utilisés pour l'élaboration des CNS au Burkina Faso
- II. la deuxième partie se rapporte aux méthodes d'élaboration des CNS au Burkina Faso concentrée sur le traitement des sources d'information (pré-)existantes et des données d'un nombre limité d'investigations auprès des principaux prestataires de soins de santé (3 CHU et 9 CHR) et des prestataires privés de soins de santé ;
- III. la troisième partie présente la confection des tableaux finals recherchés pour les CNS 2003 & 2004 au Burkina Faso.

Remarque importante :

Bien que cela ne figure pas dans les termes de référence de l'étude CNS confiée à Conseil Santé, la méthodologie d'élaboration a été conçue de manière suffisamment ouverte de manière à permettre relativement facilement d'autres analyses comme l'élaboration d'une matrice des dépenses de santé :

- par prestataire de services de santé (classification ICHA / HP - B) et par fonction de soins ou service de santé (classification ICHA / HC - B) ;
- par agent (intermédiaire) de financement (classification ICHA / HF -B) et par grand programme de santé (VIH/SIDA, Santé maternelle et infantile, Paludisme, Tuberculose, ...) ;
- par agent de financement (classification ICHA / HF -B) et par région sanitaire (13 régions sanitaires au Burkina).

PARTIE I : Concepts, définitions et nomenclatures utilisés pour l'élaboration des CNS au Burkina Faso

1.1 *Concepts et définitions pour l'élaboration des CNS au Burkina Faso*

- **Concepts et définitions non spécifiques (au Burkina Faso)**

Pour toutes les questions relatives aux concepts et définitions non spécifiques (au Burkina Faso) dans le champ des CNS, le lecteur doit se reporter au manuel d'élaboration des comptes nationaux de la santé élaboré par l'OMS et la Banque Mondiale en 2003 ou au manuel sur le système des comptes de santé élaboré par l'OCDE en 2000.

Cependant pour un premier repérage rapide, ce manuel reprend dans son annexe 1.1 le glossaire CNS général qui figure en annexe du manuel d'élaboration des CNS (OMS/Banque Mondiale/2003)

- **Concepts et définitions spécifiques (au Burkina Faso)**

En général, ces concepts et définitions spécifiques sont des instruments qui viennent préciser des concepts ou définitions plus générales utilisés au plan international, ou bien qui constituent des instruments particuliers d'analyse de la politique de santé au Burkina Faso.

Il en va ainsi de la notion de « grand programme de santé », expression fort discutée, qui a principalement pour but de mettre en exergue des ensembles d'actions de santé qui contribuent prises globalement à la mise en œuvre de la politique de santé dans une direction donnée : lutte contre le VIH/SIDA et les IST ; protection de la santé maternelle et infantile ; lutte contre le paludisme ; lutte contre la tuberculose ; ...

Ces concepts et définitions spécifiques ont vocation à être intégrés à l'annexe 1.1 de manière à constituer un glossaire unique de concepts et définitions utilisables pour la compréhension du langage des CNS utilisé au Burkina Faso qu'il soit d'origine internationale ou nationale.

- **Problèmes résiduels relatifs aux concepts et définitions**

Dans le court laps de temps imparti à cette étude et compte tenu du fait que la mise en œuvre de la politique de santé burkinabé est très déconcentrée/décentralisée avec des actions de soutien extérieur relativement diffuses (ONG, Jumelages, sous-composante sanitaire de projets intégrés,...) qu'il a été difficile de bien cerner, il n'est pas certain que les résultats proposés en fin d'étude sauront toujours couvrir parfaitement tout le contour conceptuel des agrégats CNS auxquels ils sont censés se référer.

Ceci constitue un ensemble de problèmes à prendre en compte pour les travaux ultérieurs d'élaboration et d'amélioration des CNS au Burkina Faso. En effet, il faudrait soit apporter des limitations aux concepts et définitions concernées pour tenir compte de cette réalité, soit attendre des investigations plus approfondies et coûteuses permettant de mieux prendre en compte les concepts et définitions concernés dans leur globalité.

1.2 *Nomenclatures internationales adaptées au contexte du Burkina Faso*

Les nomenclatures internationales de référence pour l'élaboration des comptes nationaux de la santé sont celles de l'Organisation Mondiale de la Santé et de la Banque Mondiale, qui reprennent les nomenclatures de l'OCDE (ICHA) et les complètent par la nomenclature des sources de financement. Cet ajout est motivé par la volonté de bien distinguer les sources « primaires » de financement des dépenses de santé des agents « intermédiaires » chargés de mettre l'ensemble des financements disponibles à la disposition des prestataires de services de (soins de) santé pour qu'ils puissent fournir, produire, prester les services de (soins de) santé à leurs bénéficiaires.

Pour un pays comme le Burkina Faso, la portée de cette distinction entre sources « primaires » de financement et agents « intermédiaires » de financement est la plus significative au niveau de l'impact de l'aide extérieure importante publique ou/et privée dans le domaine de la santé. En effet, les mécanismes financiers de redistribution interne via les Caisses de Sécurité Sociale ou les compagnies d'assurances voire les mutuelles d'assurances jouent un rôle limité dans un pays pauvre comme le Burkina par comparaison avec un pays riche développé, voire un pays émergent.

Le travail d'adaptation des nomenclatures internationales au contexte du Burkina Faso a grandement bénéficié de la mission d'appui de l'experte francophone de l'OMS¹ en charge du suivi des pays francophones au cours de la mission n°2 des experts extérieurs Conseil Santé (août 2005).

Chacune de ces quatre nomenclatures (HF, FS, HP, HC) a fait l'objet d'un travail approfondi pour la confection d'une nomenclature détaillée dite d'identification des agents de financement, des sources de financement, des prestataires de services ou des services de (soins de) santé. Ces nomenclatures d'identification ont pour objectif ou ambition de couvrir toutes les situations rencontrées au Burkina Faso pour chacune d'elles. Il est bien évident que ce travail d'identification doit être complété et régulièrement mis à jour au fur et à mesure du développement et de l'approfondissement des travaux d'élaboration des CNS tout en continuant de respecter les niveaux correspondants des nomenclatures internationales afin de ménager la possibilité de comparer les agrégats CNS obtenus au niveau du Burkina Faso avec ceux d'autres pays comparables, voire d'autres pays de niveau différent de développement.

Pour chaque nomenclature détaillée dite d'identification, il a été proposé une nomenclature correspondante dite de codification correspondant à un niveau plus agrégé. Cette nomenclature de codification doit être utilisée pour codifier les données « sources » en provenance de l'ensemble du SNIS au sens large dans le langage des CNS (voir partie II). Le recours à ce niveau plus agrégé est absolument nécessaire pour assurer la faisabilité de l'étude CNS dans les délais contraints impartis tout en respectant l'esprit de la méthodologie d'élaboration, mais il serait tout à fait possible d'utiliser le niveau de nomenclature détaillé dite d'identification pour la codification des données « sources » si les contraintes étaient moins fortes.

Toutes ces nomenclatures adaptées au contexte du Burkina faso sont présentées en annexe 1.2.

• **Nomenclature des agents (intermédiaires) de financement de la santé (ICHA-HF-B)**

En raison du caractère très central de cette nomenclature pour l'étude CNS en cours puisque cette nomenclature est mobilisée pour l'ensemble des matrices finales, la nomenclature d'identification et de codification sont exceptionnellement les mêmes afin d'assurer le meilleur niveau de détail pour cette importante variable.

¹ Madame Nathalie VAN DE MAELE :Organisation Mondiale de la Santé / Genève (SUISSE)

Très classiquement cette nomenclature distingue les agents (intermédiaires) de financement nationaux (HF.1 et HF.2) par opposition à ceux du Reste du Monde (HF.3).

Les agents (intermédiaires) de financement nationaux distinguent les administrations publiques et de sécurité sociale (HF.1) et le secteur « privé » (HF.2) entendu dans l'acception large comme regroupant tous les agents économiques nationaux qui ne sont pas des administrations publiques ou de sécurité sociale. En particulier, les sociétés publiques ou para-étatiques (potentiellement privatisables) font partie du secteur privé au sens des CNS (HF.2.5.1).

Les administrations publiques et de sécurité sociale (HF.1) distinguent classiquement :

- Les administrations publiques (HF.11) comprenant l'administration centrale (HF.111) elle-même décomposée en Présidence du Faso (HF.1111), Ministère de la Santé (HF.1112), Ministère de la Défense (HF.1113)...l'administration de provinces (HF.112) et l'administration de communes (HF.113) ;
- Les administrations de sécurité sociale (HF.12) comprenant la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (HF.121) dont l'action reste limitée dans le domaine du financement des soins de santé et la Caisse de Retraite des Fonctionnaires (HF.122) dont le classement ici est discutable en raison de son implication quasi-inexistante dans le domaine du financement des soins de santé.

Le secteur « privé » (HF.2) distingue lui aussi classiquement :

- Les assurances privées de groupe (HF.21) ou assurance sociale privée, elles-mêmes décomposées en mutuelles et micro-assurances de santé (HF.211), en sociétés d'assurances privées de groupe (HF.212) ;
- Les assurances privées individuelles (HF.22) hors assurance sociale ;
- Les versements directs des ménages privés (HF.23), recouvrant les paiements directs intégraux ou à 100% (HF.231) ou les co-paiements (HF.232) ;
- Les Institutions sans but lucratif au service des ménages (HF.24) distinguant les ISBL-sm d'origine nationale (HF.241) et les ISBL-sm d'origine étrangère (HF.242) ;
- Les sociétés hors assurance maladie (HF.25) dont les sociétés publiques ou/et para-étatiques (HF.251) et les sociétés privées (HF.252).

En raison de l'importance considérable du rôle des acteurs de l'aide extérieure publique ou/et privée dans un pays comme le Burkina Faso, le Reste du Monde (HF.3) est lui aussi éclaté en quatre éléments pour faire face à toute situation :

- Les bailleurs de fonds multilatéraux (HF.31)
- Les bailleurs de fonds bilatéraux (HF.32)
- Les ONG internationales sans implantation locale (HF.33)
- Les jumelages (HF.34)

La portée méthodologique de ce dernier éclatement devra éventuellement être réexaminée à l'issue de l'exercice de confection des CNS 2003 & 2004.

Enfin, en cas de difficulté de détermination exacte de l'agent (intermédiaire) de financement concerné, il a été prévu une position de nomenclature pour un agent de financement non spécifié par type (HF.9).

- **Nomenclature des sources de financement de la santé (OMS / FS – B)**

Très classiquement aussi, la nomenclature de sources de financement de la santé distingue les fonds d'origine nationale (FS.1 & FS.2) des fonds en provenance du reste du monde (FS.3).

Les fonds d'origine nationale recouvrent :

- Les fonds publics (FS.1) qui correspondent soient aux fonds des administrations publiques (FS.11) dont les revenus de l'administration centrale (FS.111) et les revenus des administrations provinciales et communales (FS.112), soient les autres fonds publics (FS.12) ;
- Les fonds privés (FS.2) qui se décomposent en fonds des employeurs (FS.21), fonds des ménages (FS.22), fonds des ISBL-SM (FS.23) et autres fonds privés (FS.24)

Là aussi, en raison de l'importance considérable du rôle des acteurs de l'aide extérieure publique ou/et privée dans un pays comme le Burkina Faso, les fonds en provenance du reste du monde font la distinction entre ceux à destination des administrations publiques (FS.31) et ceux à destination du secteur privé (FS.32).

Là aussi, la portée méthodologique de ce dernier éclatement devra éventuellement être réexaminée à l'issue de l'exercice de confection des CNS 2003 & 2004.

Enfin, en cas de difficulté de détermination exacte de la source de financement concernée, il a été prévu une position de nomenclature pour une source de financement non spécifiée par type (FS.9).

La nomenclature de codification des sources de financement est plus restreinte que la nomenclature d'identification et se limite aux positions rappelées ci-dessus, les Fonds du Reste du Monde restant traités d'un seul bloc.

- **nomenclature des prestataires de (services ou de) soins de santé (ICHA / HP – B)**

De la même manière, la nomenclature des prestataires de services de soins de santé distingue les prestataires nationaux (HP.1 à HP.8) et les prestataires du Reste du Monde (HP.9).

Les prestataires nationaux se décomposent classiquement :

- en hôpitaux, maisons médicalisées et autres établissements (HP.1 /HP.2) comprenant au Burkina : des hôpitaux généraux (HP.11) dont les 2 CHU YO et SS (HP.111), les 9 CHR (HP.112), les hôpitaux de district sous forme de CMA publics et CMA privés à but non lucratif (HP.113) et les cliniques et polycliniques (HP.114) ; des hôpitaux spécialisés (HP.13) comme le CHUP CDG ;
- en prestataires de soins ambulatoires (HP.3) dont les cabinets de médecins (HP.31), les cabinets de dentistes (HP.32), les cabinets d'autres professionnels de santé (HP.33), les centres de soins ambulatoires (HP.34) dont les nombreux (CSPS) centres de santé et de promotion sociale (HP.342), les laboratoires d'analyses médicales et de diagnostic (HP.35), les praticiens d'une médecine alternative ou traditionnelle (HP.37), les banques de sang (HP.38) et les autres prestataires de soins ambulatoires (HP.39) ;
- en détaillants et autres distributeurs de soins médicaux (HP.4) recouvrant les pharmacies (HP.41) dont la CAMEG (HP.412), les détaillants et autres distributeurs de verres et autres produits d'optique (HP.42), les détaillants et autres distributeurs d'appareils médicaux (HP.44), les autres formes institutionnelles (HP.45) comme les boutiques de vente de médicaments asiatiques (HP.451) ou les vendeurs de rue de médicaments (HP.452) et les autres ventes de détail et de distribution de produits pharmaceutiques ou biens médicaux non spécifiés par type (HP.49) ;

- en fourniture et gestion de programme de santé publique (HP.5)
- en administration générale de la santé et de l'assurance maladie (HP.6) intégrant l'administration publique de santé (HP.61), les régimes de sécurité sociale (HP.62), les autres programmes d'assurance sociale (HP.63), les régimes d'assurance privés (HP.64), l'administration locale des ISBL (HP.65) et les autres institutions chargées de l'administration de la santé non spécifiées par type (HP.69) ;
- en autres prestataires de service de santé dans le reste de l'économie (HP.7) avec tout particulièrement les établissements prestataires de médecine du travail (HP.71) dont l'OST et les autres producteurs secondaires des soins de santé (HP.73) ;
- en institutions fournissant des services sanitaires connexes (HP.8) comme les institutions de recherche (HP.81) comme les CRS de Nouna ou Muraz, les institutions d'enseignement (HP.82) comme l'ENSP ou l'UFR en sciences de la santé de l'Université du Burkina et les autres institutions fournissant des services sanitaires connexes (HP.83).

De la même manière, en raison de l'importance considérable du rôle des acteurs de l'aide extérieure publique ou/et privée dans un pays comme le Burkina Faso, les prestataires du reste du monde (HP.9) ont été distingués en gouvernements étrangers (HP.91), en ISBL-SM étrangères (HP.92) et en autres institutions fournissant des services sanitaires (HP.93).

Enfin, en cas de difficulté de détermination exacte du prestataire concerné, il a été prévu une position de nomenclature pour un prestataire de services de soins de santé non spécifié par type (HP.nsk ou HP.09).

La nomenclature de codification des prestataires des services de soins de santé est beaucoup plus restreinte que la nomenclature d'identification et se limite aux positions rappelées explicitement ci-dessus.

- **nomenclature des fonctions de soins de santé (ICHA / HC - B)**

Dans son domaine, la nomenclature des fonctions de soins de santé distingue classiquement :

- les services de soins curatifs (HC.1) comprenant les soins curatifs en milieu hospitalier (HC.11) dont ceux des 2CHU YO & SS (HC.111) ou des 9 CHR (HC.112) ou des CMA (HC.113) ou des cliniques et polycliniques (HC.114) ou encore des hôpitaux spécialisés comme le CHUP CDG (HC.115), les soins curatifs en hospitalisation de jour (HC.12) et les soins curatifs ambulatoires (HC.13) dont les services médicaux et diagnostics courants (HC.131) ou les soins dentaires ambulatoires (HC.132) ou les soins des centres nationaux spécialisés sauf le CNOAB (HC.133) et les autres soins curatifs ambulatoires non spécifiés par type (HC.139) ;
- les services de réadaptation (HC.2) dont ceux se déroulant en milieu hospitalier (HC.21) ou bien ceux du CNOAB (HC.23) ;
- les services auxiliaires (HC.4) comme ceux des laboratoires d'analyse médicale (HC.41) ou de l'imagerie diagnostique (HC.42) ou les transports sanitaires et secours d'urgence (HC.43) et les autres services auxiliaires non spécifiés par type (HC.49) ;
- les biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires (HC.5) comme les produits pharmaceutiques et autres biens médicaux non durables (HC.51) dont les ARV (HC.511) les anti-paludéens (HC.512) les anti-tuberculeux (HC.513) les médicaments contre la lèpre (HC.514) les CPN (HC.515) les PTME (HC.516) les médicaments de lutte contre les épidémies (HC.517) et les autres médicaments non spécifiés ailleurs (HC.519), les appareils thérapeutiques et autres biens médicaux durables (HC.52) dont la lunetterie et les autres produits d'optique (HC.521) les appareils orthopédiques et autres prothèses

(HC.522) les appareils auditifs (HC.523) les appareils médicaux techniques y compris les fauteuils roulants (HC.524) et les autres bien médicaux durables (HC.529) comme les moustiquaires imprégnées par exemple ;

N.B.1: L'ensemble des dépenses de santé relatives à toutes les rubriques HC.1 à HC.5 permet d'estimer un premier agrégat CNS qui est la dépense totale en soins de santé individuels (DSI)

- les services de prévention et de santé publique (HC.6) englobant la santé maternelle et infantile (HC.61) dont la planification familiale (HC.611) les CPN (HC.612) le VIH/SIDA & PTME (HC.613) la prise en charge intégrée de la maladie de l'enfant (HC.614) la maternité à moindre risques (HC.615) le programme élargi de vaccination (HC.616), la prévention des maladies transmissibles (HC.63), la prévention des maladies non-transmissibles (HC.64), la médecine du travail (HC.65) avec l'OST et les autres services de santé publique non spécifiés par type (HC.69) ;
- l'administration de la santé et l'assurance maladie (HC.7) comprenant :
 - l'administration générale de la santé par les administrations publiques (HC.71) dont l'administration générale de la santé stricto sensu (HC.711) avec les directions centrales (HC.7111) les directions régionales de la santé (HC.7112) les équipes cadres de districts (HC.7113) les unités de gestion ou de coordination de projets de programme (HC.7114), les activités d'administration, d'exécution et d'appui des organismes de sécurité sociale (HC.712) ;
 - l'administration de la santé et l'assurance maladie par les organismes privés (HC.72) dont l'assurance sociale (HC.721) et les autres organismes privés (HC.722) ;

N.B.2: L'ensemble des dépenses de santé relatives à toutes les rubriques HC.1 à HC.7 permet d'estimer un deuxième agrégat CNS qui est le total des dépenses courantes en soins de santé (DCS)

- les dépenses connexes en soins de santé (HC.R) incluant :
 - la formation de capital des établissements prestataires de soins de santé (HC.R.1)

N.B.3: L'ensemble des dépenses de santé relatives à toutes les rubriques HC.1 à HC.7 plus HC.R.1 permet d'estimer un troisième agrégat CNS qui est la dépense totale de santé (DTS)

- l'éducation et la formation du personnel de santé (HC.R.2)
- la recherche et le développement dans le domaine de la santé (HC.R.3)
- les contrôles sanitaires des denrées alimentaires, d'hygiène ou d'eau potable (HC.R.4.)
- l'hygiène du milieu (HC.R.5) avec l'ONEA au Burkina Faso

N.B.4: L'ensemble des dépenses de santé relatives à toutes les rubriques HC.1 à HC.7 plus HC.R permet d'estimer un quatrième agrégat CNS qui est la dépense nationale de santé (DNS)

Au fur et à mesure qu'il est pris en compte des dépenses de santé moins directement liées à l'amélioration immédiate de l'état de santé des bénéficiaires, la lecture et la compréhension de l'ensemble des dépenses en soins de santé devient plus complexe. Parallèlement, le champ d'investigation des données à collecter devient de plus en plus vaste.

La nomenclature de codification des fonctions de soins de santé est également beaucoup plus restreinte que la nomenclature d'identification et se limite aux positions rappelées explicitement ci-dessus.

1.3 Nomenclatures spécifiques du Burkina Faso

Bien que les termes de référence de l'étude ne soient pas explicites à ce sujet, il est souhaité de pouvoir mettre en évidence dans les CNS du Burkina Faso non seulement des estimations liées aux requêtes classiques CNS pour les besoins de comparaison internationale (vecteur DNS par agent de financement, matrice n°1 DNS selon HF & FS, matrice n°2 DNS selon HF & HP), mais aussi des estimations permettant de mieux éclairer la politique de santé au Burkina Faso et ses bénéficiaires. Ces nomenclatures sont reprises en annexe 1.3.

- **nomenclature des « grands programmes de santé »**

Pour mieux éclairer la politique de santé au Burkina Faso et compte tenu du fait que des travaux indépendants d'estimation des CNS pour la fonction de santé VIH/SIDA ont été entrepris pour 2003 & 2004, il a été jugé pertinent de créer une nomenclature ad hoc intitulée « grands programmes de santé ».

Il est vrai que cette appellation « grands programmes de santé » reste discutable et pourra être remplacée à l'usage par une terminologie mieux appropriée. L'idée est d'essayer de rattacher les dépenses de santé au Burkina Faso à différents grands programmes comme :

1. Grand programme de lutte « VIH-SIDA/IST »
2. Grand programme « santé maternelle et infantile »
3. Grand programme de lutte contre le « paludisme »
4. Grand programme de lutte contre la « tuberculose »
5. Grand programme de lutte contre la « filariose » (à confirmer ?)
9. Grand programme de santé non spécifié par type

La prise en compte d'une telle variable doit être anticipée pour permettre son repérage dans les sources de données utilisées, son traitement et sa codification appropriée (voir 2^{ème} partie).

L'idée sous-jacente est bien évidemment d'essayer d'avoir une idée (CNS 2003) et de suivre au fil du temps l'ordre de grandeur des dépenses de santé engagées dans ces grands programmes pris individuellement et comparés les uns aux autres.

- **nomenclature des régions administratives/sanitaires**

Les dépenses de santé ne sont pas effectuées uniquement par plaisir mais principalement pour profiter à des bénéficiaires en l'occurrence des ménages. Dans un pays pauvre comme le Burkina Faso, il serait intéressant de pouvoir construire des données mettant en évidence les dépenses de santé dont bénéficient les groupes à risques, les groupes de ménages les plus vulnérables.

Comme le système d'information disponible au Burkina ne semble pas permettre à l'heure actuelle un travail sérieux d'estimation de ce type, il a été proposé d'approcher quelque peu cette problématique en mettant en évidence les dépenses de santé par région administrative ou sanitaire. Cette première approche compte tenu du fait que les populations vulnérables sont relativement bien localisées selon ces régions permettra de porter un premier diagnostic sur qui bénéficie ou non des financements disponibles pour la santé au Burkina Faso.

Les régions administratives / sanitaires au nombre de 13, sont animées par une direction régionale de la santé et comprennent chacune un certain nombre de districts (55 au total) représentant le dernier échelon déconcentré de l'action administrative du Ministère de la Santé.

Ces 13 régions sanitaires sont les suivantes : Boucle du Mouhoun (01), Cascades (02), Centre (03), Centre Est (04), Centre Nord (05), Centre Ouest (06), Centre Sud (07), Est (08), Hauts Bassins (09), Nord (10), Plateau central (11), Sahel (12), Sud ouest (13).

PARTIE II : Méthodes d'élaboration des CNS

2.1 *Approche générale*

Le guide d'élaboration de l'OMS et de la Banque Mondiale de 2003 est très explicite sur les concepts, les définitions, les nomenclatures et fournit tout en ensemble de techniques pour élaborer pas à pas les comptes nationaux de la santé pour un pays donné dans une période de temps beaucoup plus importante (18 mois au minimum pour une année de comptes) que celle prévue au cours de l'étude confiée à Conseil Santé pour l'estimation des CNS 2003 & 2004 pour le Burkina Faso (6 mois maximum pour deux années de comptes). Vu ces contraintes, il n'était pas possible de reprendre le détail de l'ensemble des méthodes d'élaboration proposées qui supposait notamment une collecte de données très importante.

Des simplifications et des rationalisations des travaux ont dû être opérées sur la base de la représentation empirique des flux financiers² relatifs à la santé tels qu'ils ont pu être mis en évidence à l'occasion de l'atelier de démarrage du projet à la mi-juin 2005.

Parmi ses simplifications et ses rationalisations, il convient de citer les décisions suivantes :

- la mobilisation la meilleure possible des données des sources d'information préexistantes dans le SNIS (au sens large) à la réalisation de cette étude CNS³ ;
- la décision de limiter au maximum les investigations complémentaires sur les parties incontournables du système national de santé du Burkina Faso insuffisamment connues comme les activités des trois centres hospitaliers universitaires (CHU), des neuf centres hospitaliers régionaux (CHR), des établissements sanitaires privés du Burkina Faso à travers ceux de Ouagadougou et Bobo Dioulasso (81% de l'ensemble)⁴ ;
- la décision de renoncer à disposer d'information directe sur les activités déconcentrées/décentralisées des ONG ou des ISBL-SM ou des jumelages qui essaient sur l'ensemble du territoire du Burkina Faso, semble-t-il en dehors de toute réelle vision d'ensemble et maîtrisée des autorités centrales sanitaires (en particulier par l'absence de circuit de rétro-information sur les actions décentralisées menées ponctuellement ici et là) ;

Concernant le processus d'élaboration des CNS 2003 & 2004, le projet essaye de développer une démarche plus intégrée⁵ du traitement des données « sources » aux agrégats CNS dans les tableaux/matrices de résultats. Par rapport à un processus d'élaboration plus « classique », il s'agit de procéder à l'établissement d'une base CNS de données « sources » puis « prétraitées » (et si nécessaires corrigées) avant de se lancer directement dans la confection des matrices CNS successives pour estimer la DNS (ou les autres agrégats CNS : DTSSI, DCS ou DTS).

L'établissement de cette base CNS de données revient en fait à essayer de traduire une bonne fois pour toutes les données quelles que soient leur origine (routine SNIS, dépenses de santé dans le budget général, enquêtes, études, rapports...) dans le langage des CNS, défini pour le Burkina Faso pour chacune de ses variables principales (HF, FS, HP ou HC) ainsi que d'autres variables intéressantes pour l'analyse (grand programme de santé, région sanitaire...) plus d'autres variables économiques (voir infra 2.3).

² voir annexe 2

³ voir annexe 2.3

⁴ voir rapport SNIS

⁵ voir annexe 2.1

Evidemment, l'investissement dans une telle base de données constitue dans un premier temps un détour de production par rapport à une élaboration plus classique où les données sources peuvent être reportées directement dans les différents tableaux CNS les concernant. Cependant, ce détour de production permet une meilleure documentation des données du point de vue de la méthodologie d'élaboration des CNS et une plus grande flexibilité dans la préparation des travaux ultérieurs d'arbitrage car ces données peuvent faire l'objet de pré-traitements adaptés.

Finalement, le processus d'élaboration des CNS⁶ consiste à partir de l'ensemble des paquets de données « sources » disponibles à la réalisation d'une succession d'étapes :

- la confection de tableaux/matrices intermédiaires de données par famille si nécessaire en raison notamment de leur caractère répétitif et de l'intérêt de codifier des données « sources » à potentiel d'information réduit ;
- la codification des données « sources » (disponibles directement ou sous forme de matrices/tableaux intermédiaires) dans le langage des CNS pour le Burkina Faso afin de constituer une base CNS de données « sources » ;
- la réalisation de pré-traitements sur ces données « sources » disponibles en langage CNS afin de les préparer définitivement pour les travaux d'arbitrage réalisés sur une base CNS de données « prétraitées » ;
- la compilation des matrices des CNS à partir de la base CNS de données « prétraitées » par la réalisation d'un premier arbitrage général et la première estimation DNS par agent (intermédiaire) de financement (HF) ;
- la compilation des matrices des CNS à partir de la base CNS de données « prétraitées » par la réalisation d'arbitrages croisés (sous forme de matrice qui à qui) par agent (intermédiaire) de financement (HF) et par source de financement (FS) ainsi que par agent (intermédiaire) de financement (HF) et par prestataire (HP) ;
- sur la base de la détection des erreurs importantes qui auraient pu fragiliser les travaux précédents, un retour en arrière par la confection d'une 2^{nde} base de données « prétraitées » ;
- à nouveau, la compilation des matrices des CNS à partir de la base CNS de données « prétraitées » par la réalisation d'un deuxième arbitrage général et la deuxième estimation DNS par agent (intermédiaire) de financement (HF) ;
- à nouveau, la compilation des matrices des CNS à partir de la base CNS de données « prétraitées » par la réalisation d'arbitrages croisés (sous forme de matrice qui à qui) par agent (intermédiaire) de financement (HF) et par source de financement (FS) ainsi que par agent (intermédiaire) de financement (HF) et par prestataire (HP)

Normalement, au bout de ce processus intégré, il devrait être possible d'aboutir à des estimations de la DNS (ou d'autres agrégats CNS comme DTSSI, DCS ou DTS) relativement compatibles entre eux d'une matrice CNS à l'autre. Une nouvelle itération n'aurait alors de sens que si des sources d'information importantes avaient été négligées ou omises pour raison d'indisponibilité au cours des phases précédentes.

2.2 Famille de sources : matrices/tableaux intermédiaires

Il n'est pas toujours possible ou pertinent de traiter directement toutes les données « sources » sous la forme d'enregistrement à intégrer directement dans la base CNS de données sources.

⁶ voir annexe 2.2

Il est bien évident que s'il s'agit de données « sources » relativement agrégées déjà et pertinentes par rapport aux principales variables d'analyse (HF, FS, HP, HC, grands programmes de santé, régions sanitaires...) , leur traitement et intégration directe dans la base CNS est tout à fait recommandée.

Par contre, s'il s'agit de données très éclatées du SNIS comme celles éventuellement disponibles au niveau des centres de santé et de promotion sociale (CSPS) ou même des districts, il est recommandé d'élaborer des tableaux/matrices intermédiaires adaptés, contenant des données « sources » semi-agrégées pertinentes par rapport aux principales variables d'analyse (HF, FS, HP, HC, grands programmes de santé, régions sanitaires...) des CNS.

Le fait de procéder à ces travaux de confection de tableaux/matrices intermédiaires relativement classiques chez les comptables nationaux traditionnels, permet de faire porter le travail simple de semi-agrégation de données exprimées dans leur langage source et donc pleinement compatibles, gage d'une certaine fiabilité. Le temps perdu, pour effectuer cette semi-agrégation de données comparables, sera largement récupéré en temps de codification d'enregistrements en base CNS de données « sources » puisque le nombre de ces enregistrements sera d'autant réduit. Par ailleurs, la codification en langage CNS n'est pas toujours une sinécure et le fait d'avoir procédé auparavant à la semi-agrégation des données comparables, limite les risques de codification incohérente ou contradictoire de données par ailleurs fort semblables.

Il est bien évidemment nécessaire de documenter le travail d'élaboration des tableaux/matrices intermédiaires pour chacune des sources potentiellement concernées. Cette documentation devra être adjointe à cette méthodologie d'élaboration. Il a été établi une liste non –limitative⁷ de sources d'information pour lesquelles il fallait envisager la confection de tableaux/matrices intermédiaires contenant des données semi-agrégées en langage source.

2.3 Base CNS de données en statut source : un langage commun de description

Au moment de construire la base de données en statut source, nous disposons apparemment de deux types de données : les données plus ou moins agrégées dans les sources utilisées et directement codifiables ; les données semi-agrégées issues des travaux de confection de tableaux/matrices intermédiaires.

Les unes comme les autres vont subir le même traitement à savoir leur traduction dans un langage commun de description : le langage des CNS du Burkina Faso. Cette traduction prend la forme de la confection d'un enregistrement comprenant **potentiellement**⁸ pour chaque donnée :

- un numéro d'ordre sans signification pour bien distinguer chaque enregistrement des autres ;
- l'année de campagne CNS (ici 2003 ou 2004) ;
- le repérage de la source d'information à l'origine de la donnée en statut source ;
- l'année relative à la source de la donnée car il n'est pas concevable chaque année de CNS de pouvoir disposer de toutes les sources possibles et inimaginables et il faut donc pouvoir utiliser à bon escient des sources de données d'années antérieures ou postérieures à l'année de campagne ;
- le statut de la valeur de la donnée figurant dans l'enregistrement : s'agit-il d'une donnée en statut source ou bien en statut prétraité ?
- la période qui précise la référence temporelle à laquelle se rapporte la donnée ;
- la valeur initiale ou valeur origine du flux de financement observé exprimé dans un nombre entier de Million FCFA (précision normalement suffisante pour un tel exercice CNS) ;

⁷ voir annexe 2.4

⁸ en effet, il n'est pas possible de renseigner toutes les informations selon la donnée concernée

- la quantité initiale qui représente en général le nombre d'actes identiques de soins de santé prestés à l'origine et décrits globalement dans cet enregistrement car le constat s'impose que le très grand nombre de données disponibles dans le SNIS stricto sensu (Ministère de la Santé) sont des données relatives à des quantités physiques/techniques et il serait dommage de se priver de cette information quantitative pour élaborer les CNS⁹ ;
- le prix initial correspond au prix de marché ou au tarif administratif d'origine relatif à l'acte dont la quantité initiale a été décrite précédemment et qui constitue un élément indispensable si à partir des quantités initiale nous souhaitons reconstituer implicitement une valeur initiale « théorique » ;
- les pré-traitements 1,2 & 3¹⁰ sont identiques techniquement et sont présents pour donner une certaine flexibilité pour améliorer la « qualité » de la valeur finale de la donnée (donc pour finir en statut prétraité) qui sera mobilisée pour alimenter les travaux de compilation des matrices CNS, quelles que soient leurs motivations ces pré-traitements correspondent à des multiplicateurs dont la valeur est bien évidemment fixée à 1 par défaut ;
- la valeur finale du flux de financement de l'enregistrement en Million FCFA correspond au produit des trois multiplicateurs relatifs aux pré-traitements en priorité par la valeur initiale ou à défaut par le produit « quantité initiale * prix initial » ;
- le mode de valorisation¹¹ permet de préciser la nature de la valeur du flux de financement de l'enregistrement : s'agit-il d'une valeur en droits constatés, en base caisse, en prix de marché ?
- l'attribut méthodologique tout à fait fondamental en fait au cœur de la méthodologie d'élaboration des CNS permet de décrire de quel point de vue sont décrits les informations contenues dans l'enregistrement et notamment la valeur finale du flux de financement : cet attribut peut prendre quatre positions selon que le point de vue concerne un agent de financement (HF), une source de financement (FS), un prestataire de soins de santé (HP) ou une fonction de soins de santé (HC) et de fait dans une matrice CNS croisant par exemple les agents de financement (HF) et les sources de financement (FS) une même information peut être renseignée de deux manières différentes selon le point de vue de chacun repéré par cet attribut méthodologique ;
- la source de financement (OMS / FS - B) décrite selon la nomenclature de codification des sources de financement de la santé au Burkina précédemment évoquée ;
- l'agent (intermédiaire) de financement (ICHA / HF – B) décrit selon la nomenclature de codification des agents (intermédiaires) de financement de la santé au Burkina précédemment évoquée ;
- le prestataire de soins de santé (ICHA / HP – B) décrit selon la nomenclature de codification des prestataires de soins de santé au Burkina précédemment évoquée ;
- le mode de production des soins de santé qui ici privilégie le caractère moderne, traditionnel ou informel (qualificatifs caractéristiques de l'économie burkinabé) de cette production ;
- les effectifs employés¹² toutes catégories confondues par le prestataire de soins de santé ;

⁹ Du fait des contraintes de temps de fin d'étude, les enregistrements qui auraient pu uniquement comporter des quantités et des prix initiaux n'apparaissent pas car des travaux d'estimation des valeurs initiales correspondantes ont été faits par l'expert SNIS en amont de leur confection.

¹⁰ Les paramètres de prétraitements ont été finalement peu utilisés pour l'année 2003 car la quasi-totalité des données était estimée directement en valeur initiale sur une base annuelle. Par contre, ces paramètres ont servi à reconstruire des données de l'année « courante » 2004 à partir de celles de l'année « de base » 2003 pour toutes les sources inexistantes ou indisponibles pour 2004 (EBVM, DGCOOP,...).

¹¹ En pratique, le mode de valorisation dominant dans la base CNS 2003 comme la base CNS 2004 est en base caisse (code MVS)

¹² Cette variable reste à renseigner pour les bases CNS 2003 & 2004.

- la fonction de soins de santé (ICHA / HC – B) décrite selon la nomenclature de codification des fonctions de soins de santé au Burkina précédemment évoquée ;
- l'information patrimoniale « STOCK »¹³ pour préciser si la valeur finale (par exemple d'un lot de médicaments) représente un encours (valeur d'un stock) ou bien un flux ;
- la région sanitaire du Burkina concernée par le flux décrit dans l'enregistrement ;
- le grand programme de santé concerné du Burkina selon la nomenclature évoquée plus haut ;
- le caractère marchand ou non-marchand de la fourniture, prestation de soins de santé ;
- le type de production pour distinguer s'il s'agit pour le prestataire considéré d'une production principale ou secondaire ;
- la nature du coût de production¹⁴ selon la classification économique (FMI & SCN93 – RC) ;
- l'origine des produits (nationale ou importée) dans le cas des biens médicaux ;
- le statut actif ou inactif¹⁵ de l'enregistrement qui sert de filtre pour inactiver ou au contraire activer un enregistrement dans la suite du processus de compilation des CNS.

La base CNS de données sous EXCEL avec le dessin d'enregistrement et les codifications sont décrites en détail avec des exemples de codification pour chacun des paramètres en annexe 2.5. Cet exercice de codification ne va pas immédiatement de soi et il est donc important que les données en statut source aient été bien organisées et semi-agrégées habilement de manière à limiter ce travail de codification à l'essentiel.

Pour une année de base de comptes CNS comme 2003, le travail de codification se fait sur un nombre relativement important de sources de données disponibles pour l'année 2003 et un nombre plus restreint pour les années antérieures ou postérieures.

Il n'en va pas exactement de même pour une année courante de comptes CNS comme 2004 où le travail direct de codification doit se faire normalement sur un nombre moins important de sources de données disponibles pour l'année 2004. Il doit être clair que la base CNS 2004 de données « source » doit intégrer en plus directement les enregistrements manquants en 2004 en statut source, déjà validés sous la forme prétraités de l'année 2003. Ces enregistrements manquants en 2004 prétraités validés de 2003 seront considérés comme des enregistrements 2004 en statut source avec une année de campagne corrigée à 2004 et une année relative à la source fixée à 2003 (2003 prétraitée en l'occurrence). Ces enregistrements en provenance de l'année CNS 2003 font bien évidemment faire l'objet de pré-traitements adaptés pour les rendre compatibles avec les autres données de l'année 2004.

2.4 *Pré-traitements et base CNS de données en statut prétraité*

Les données « source » pour l'année CNS 2003 sont probablement pour un grand nombre, bien établies et correspondent bien à la période de référence, aucun pré-traitement n'est alors en général nécessaire.

Cependant, il se peut que certaines données correspondent à des sources délivrant les données pour des années antérieures ou postérieures à 2003, il est donc absolument indispensable de

¹³ Cette variable « STOCK » est renseignée pour l'ensemble de la base quasi-exclusivement en flux (variation d'encours), elle devrait avoir son utilité si un travail plus approfondi dans le cadre des CNS est mené sur le médicament, dépense de santé très importante au Burkina Faso.

¹⁴ La codification de cette variable « RC » doit être vigilante, car il doit être bien entendu qu'elle décrit un coût de production et permet de mieux apprécier la fonction de production des prestataires de services de santé.

¹⁵ Ce code « actif/inactif » est beaucoup sollicité dans les bases CNS 2003 & 2004 pour faire la distinction entre les enregistrements à prendre en compte finalement pour une estimation correcte de la DNS (code 1), de ceux à ne pas considérer parce qu'ils constituent de vrais double comptes (code 2) ou bien correspondent à des coûts de production (code 3).

les corriger d'une manière adaptée en utilisant un ou plusieurs paramètres de pré-traitements, c'est à dire un ou plusieurs multiplicateurs qui vont affecter la valeur finale du flux décrit. La valeur de chacun des multiplicateurs devra autant que faire se peut être documentée en commentaire des cellules Excel concernées.

D'autres pré-traitements peuvent concerner des redressements liés à la période de référence à savoir le mois ou le trimestre au lieu de l'année entière ou bien prendre en compte le fait que le prix initial (par exemple un tarif administratif) n'a aucune réalité économique sur le terrain de la délivrance des soins de santé et qu'il convient de le corriger d'un multiplicateur intelligemment estimé.

Pour les enregistrements de l'année CNS 2004 en provenance de la base CNS en statut prétraité de l'année 2003, il est bien évidemment indispensable de les corriger pour ramener les valeurs des flux correspondants estimés pour l'année 2003 au niveau de la valeur des flux de l'année 2004¹⁶.

2.5 *Compilation des matrices des CNS : 1^{er} arbitrage général et 1^{ère} estimation DNS*

La base CNS (2003) de données en statut prétraité est normalement disponible à ce stade et il convient de procéder à la compilation des matrices des CNS pour estimer progressivement de mieux en mieux l'agrégat DNS (ou d'autres agrégats CNS comme DTSSI, DCS ou DTS).

Au niveau du premier arbitrage général et de la première estimation DNS, il convient d'extraire¹⁷ de la base CNS (2003) de données en statut prétraité, le vecteur décrivant les dépenses de santé par agent de financement et selon plusieurs attributs méthodologiques pertinents :

- le vecteur DNS par agent de financement selon l'attribut méthodologique (HF) privilégiant le point de vue des agents de financement ;
- le vecteur DNS par agent de financement selon l'attribut méthodologique (FS) privilégiant le point de vue des sources de financement ;
- le vecteur DNS par agent de financement selon l'attribut méthodologique (HP) privilégiant le point de vue des prestataires de soins de santé.

La confrontation de ces différentes approches doit permettre ce premier arbitrage général donnant la priorité à telle ou telle catégorie d'information en fonction de l'information disponible sur les sources mobilisées. A l'issue de cet arbitrage général, une première estimation de la DNS (ou d'autres agrégats CNS comme DTSSI, DCS ou DTS) doit être disponible et ventilée par agent de financement.

Il est probable que persistera à ce stade une variable d'écart correspondant à une partie des flux de financement qui ne peut être ventilée par agent de financement pour une raison ou une autre.

2.6 *Compilation des matrices des CNS : 1^{ers} arbitrages croisés (matrices qui à qui)*

Suite au travail précédent, il convient d'approfondir les travaux d'arbitrage en élaborant les matrices de CNS n°1 (HF*FS) et n°2 (HF*HP).

Pour chaque case de chaque matrice, nous disposons potentiellement de deux informations. Par exemple pour la matrice n°1, nous pouvons avoir une information relative au point de vue de l'agent de financement concerné et une autre information relative au point de vue de la source de financement concernée. Les divergences de point de vue peuvent tenir à de nombreux facteurs : erreur d'observation ou de saisie, différence de mode de valorisation, décalage comptable dans la valorisation.... Il appartient alors au comptable national de la santé de donner la priorité au point de vue qui lui paraît le plus pertinent ou le plus fiable compte tenu de la méthodologie générale d'élaboration

¹⁶ Les principaux déflateurs utilisés sont le taux de croissance en valeur du PIB de 2003 à 2004, une fraction du taux de croissance démographique de 2003 à 2004, le taux de croissance en valeur du budget du Ministère de la Santé de 2003 à 2004.

¹⁷ notamment en utilisant la fonctionnalité « tableau croisé dynamique » du tableur Excel

des CNS ou bien si cela est impossible ou n'a pas de sens, de proposer un compromis argumenté lui permettant de rapprocher ou de réconcilier les deux points de vue.

Il est évident que ces travaux d'arbitrage croisés doivent tenir compte de l'arbitrage général réalisé précédemment pour préserver la cohérence de l'ensemble des travaux. Des variables d'écart peuvent également être mises en évidence dans l'attente d'arbitrages plus complets et adéquats. Ces travaux d'arbitrage, qui peuvent également concerner d'autres matrices comme celles envisagées au niveau des agents de financement et des grands programmes de santé au Burkina ou bien des agents de financement et des régions sanitaires bénéficiaires au Burkina, doivent être l'occasion de détecter des incohérences importantes dont l'origine est liée soit à des erreurs au niveau des sources d'information, soit des erreurs dans le traitement et la codification des données « source ».

Si des incohérences importantes liées à des erreurs de divers ordres, sont détectées, il importe alors de ne pas poursuivre stérilement des travaux d'arbitrage qui risquent de ne pas aboutir et de procéder à une nouvelle itération au niveau de la base CNS de données « prétraitées » pour essayer de limiter l'ampleur de l'impact des incohérences ou erreurs détectées.

2.7 Correction des erreurs et 2^{de} base CNS de données en statut prétraité

Les paramètres de pré-traitements ont été introduits pour corriger a priori des valeurs finales de flux de financement qui seraient inadéquates pour des raisons clairement identifiées avant même de commencer l'exercice de compilation des CNS.

Ces paramètres de pré-traitements et leur flexibilité d'emploi sont également là pour remédier ou corriger a posteriori des incohérences liées à des erreurs importantes qui auraient pu être détectées au cours du premier exercice de compilation des CNS. Il est, il serait bien évidemment préférable de pouvoir remonter jusqu'à l'origine de l'incohérence ou de l'erreur initiale qui rend très difficile l'arbitrage et le bouclage des matrices CNS, mais cela n'est pas toujours possible. Le recours intelligent aux paramètres de pré-traitement constitue donc une solution acceptable pour débloquer la poursuite des travaux.

2.8 Compilation des matrices des CNS : 2^{ème} arbitrage général et 2^{ème} estimation DNS

La base CNS (2003) de données en statut prétraité prenant en compte au mieux les problèmes d'incohérence, est normalement disponible à ce stade et il convient à nouveau de procéder à la compilation des matrices des CNS pour estimer progressivement de mieux en mieux l'agrégat DNS (ou d'autres agrégats CNS comme DTSSI, DCS ou DTS).

Au niveau du deuxième arbitrage général et de la deuxième estimation DNS, il convient d'extraire de la base CNS (2003) de données en statut prétraité (et corrigé), le vecteur décrivant les dépenses de santé par agent de financement et selon plusieurs attributs méthodologiques pertinents :

- le vecteur DNS par agent de financement selon l'attribut méthodologique (HF) privilégiant le point de vue des agents de financement ;
- le vecteur DNS par agent de financement selon l'attribut méthodologique (FS) privilégiant le point de vue des sources de financement ;
- le vecteur DNS par agent de financement selon l'attribut méthodologique (HP) privilégiant le point de vue des prestataires de soins de santé.

La confrontation de ces différentes approches doit permettre ce deuxième arbitrage général normalement de meilleure qualité que le premier et donnant lui aussi la priorité à telle ou telle catégorie d'information en fonction de l'information disponible sur les sources mobilisées. A l'issue de ce deuxième arbitrage général, une deuxième estimation de la DNS (ou d'autres agrégats CNS comme DTSSI, DCS ou DTS) doit être disponible et ventilée par agent de financement.

Il est possible que persiste encore à ce stade une variable d'écart correspondant à une partie des flux de financement qui ne peut être ventilée par agent de financement pour une raison ou une autre.

2.9 *Compilation des matrices des CNS : 2^{ème} arbitrages croisés (matrice qui à qui)*

Suite au travail précédent, il convient à nouveau d'approfondir les travaux d'arbitrage en élaborant les matrices de CNS n°1 (HF*FS) et n°2 (HF*HP). Pour chaque case de chaque matrice, nous disposons toujours potentiellement de deux informations. Il appartient là encore au comptable national de la santé de donner la priorité au point de vue qui lui paraît le plus pertinent ou le plus fiable compte tenu de la méthodologie générale d'élaboration des CNS ou bien si cela est impossible ou n'a pas de sens, de proposer un compromis argumenté lui permettant de rapprocher ou de réconcilier les deux points de vue.

Il est évident que ces travaux d'arbitrage croisés tenir compte du deuxième arbitrage général réalisé précédemment afin de préserver la cohérence de l'ensemble des travaux. Ces travaux d'arbitrage peuvent également concerner d'autres matrices comme celles envisagées au niveau des agents de financement et des grands programmes de santé au Burkina ou bien des agents de financement et des régions sanitaires bénéficiaires au Burkina. Normalement à l'issue de cette deuxième itération et si le travail de correction a été intelligemment et correctement mené, il ne doit plus être possible de détecter des incohérences importantes dont l'origine serait liée soit à des erreurs au niveau des sources d'information, soit des erreurs dans le traitement et la codification des données « source ».

PARTIE III : Confection des tableaux finals CNS¹⁸

A l'issue du processus d'élaboration, il doit être possible de procéder à la confection des tableaux finals CNS pour les années 2003 et 2004. Celle-ci est représentée synthétiquement sur le schéma de l'annexe 3. Ainsi par procédure d'arbitrages successifs sont élaborés :

- la DNS par agent (intermédiaire) de financement (HF) ;
- la DNS par agent (intermédiaire) de financement et par source de financement (FS) ;
- la DNS par agent (intermédiaire) de financement et par prestataire de soins de santé (HP) ;
- la DNS par principal agent de financement et par principal prestataire de soins de santé.

Ces estimations, fruits d'un processus intégré, doivent être cohérentes les unes par rapport aux autres pour donner réellement une photographie unique de l'ensemble des flux de financement de la santé au Burkina Faso à travers les différentes facettes d'un même prisme.

3.1 DNS par agent (intermédiaire) de financement de la santé

Il est indispensable d'apprécier la cohérence de cette première décomposition de la Dépense Nationale de Santé et de montrer en quoi elle peut correspondre à la perception des (principaux) acteurs de la politique de santé.

En effet, il ne suffit pas de produire des données arbitrées cohérentes, il faut encore que ces données aient un sens du point de vue de l'économie de la santé. De ce point de vue, le poids respectif de chacun des agents de financement dans la DNS constitue un élément important de jugement de la qualité des estimations produites.

Si ces ratios heurtent la perception commune, il appartient aux comptables nationaux de la santé d'apporter tous les éléments d'appréciation et tous les éclairages nécessaires pour justifier leur travail et la qualité de leurs estimations.

3.2 DNS par agent (intermédiaire) et par source de financement de la santé (matrice n°1)

Si la décomposition de la DNS par agent de financement est acceptable, l'objectif de cette matrice est de bien mettre en évidence le poids important de certaines sources de financement par rapport aux autres.

Il est probable qu'au Burkina comme dans les pays comparables, les principales sources de financement qui devraient pouvoir ressortir soient les ménages, les administrations publiques et le reste du monde à travers l'importante aide extérieure publique ou/et privée. Une vision très éloignée de cette perception devrait conduire là aussi les comptables nationaux de la santé à présenter tous les éléments d'appréciation disponibles. Au contraire, une vision plus conforme devrait s'attacher à mettre l'accent sur certains aspects particuliers du financement des dépenses de santé au Burkina Faso par rapport à d'autres pays comparables : implication relative plus ou moins forte des ménages, efficacité relative du financement des administrations publiques, impact réel de l'aide extérieure, ...

¹⁸ Des remerciements doivent être adressés à Madame Nathalie VAN DE MAELE, expert CNS à l'OMS (Genève) pour son appui très important lors de sa seconde mission en novembre 2005 dans le domaine de la codification des données du budget de la santé 2003 & 2004, puis après son retour à Genève dans la confection des matrices CNS 2003 indispensables à une bonne réussite de l'atelier de restitution du 15 décembre 2005.

3.3 DNS par agent de financement et par prestataire de soins de santé (matrice n°2)

L'examen détaillé de l'origine réelle des financements de la santé étant convenablement apprécié, l'objectif de cette matrice n°2 est de décrire la répartition de la DNS par agent de financement et par prestataire de soins de santé.

Après plusieurs années ou décennies où l'accent a été assez fortement mis sur l'appui à la santé de base, il devrait être possible d'apprécier la réalité de l'effort financier effectué en direction des prestataires de soins de santé au contact direct de la population pour les premières interventions de santé.

Par ailleurs, pour des raisons peut-être socioculturelles il semble que le médicament occupe une place prépondérante dans l'ensemble des soins de santé, cela devrait se traduire par un poids financier important des détaillants et autres distributeurs de soins médicaux (HP.4) dans l'ensemble des prestataires.

3.4 DNS par principal agent de financement et par principal prestataire de soins de santé

Le travail d'approfondissement demandé dans l'étude confiée à Conseil Santé vise ici une analyse plus poussée des financements que les principaux agents de financement mettent à disposition des principaux prestataires de soins de santé au Burkina. Il s'agit notamment de mieux percevoir ou décrire les activités de santé effectivement menées avec les moyens financiers importants mis à disposition de ces principaux prestataires.

L'ensemble des informations, notamment relatives à la production des soins de santé et à leurs coûts, qui auront pu être intégrées dans la base CNS, sera mobilisé au mieux pour apporter les éclairages nécessaires à cette question compte tenu du temps disponible.

3.5 DNS par agent (intermédiaire) de financement et par principal programme de santé¹⁹

Pour une meilleure appréciation des enjeux de la politique sanitaire au Burkina Faso, il est très intéressant de pouvoir disposer d'une ventilation de la DNS par agent de financement et par principal programme de santé au sens où ceci a été précisé dans la première partie.

Dans la mesure où un exercice indépendant d'estimation CNS 2003 & 2004 a été conduit pour le VIH/SIDA au niveau du SP – CNLS rattaché à la Présidence du Faso, il serait intéressant de pouvoir confronter s'il n'est pas toujours possible de strictement comparer les résultats obtenus par les deux approches pour mieux en préciser les limites, les forces et les faiblesses respectives.

3.6 DNS par agent (intermédiaire) de financement et par région administrative/sanitaire²⁰

La DNS sert in fine à satisfaire les besoins des bénéficiaires en soins de santé. Comme il est difficile de pouvoir l'estimer sérieusement pour les groupes à risques les plus vulnérables, il est proposé ici d'approcher cette question par l'estimation de la DNS par agent de financement et par région sanitaire.

Les régions sanitaires les plus défavorisées ou connues pour être les plus vulnérables devraient normalement pouvoir bénéficier de financements de santé plus importants au moins de manière relative compte tenu de leur population.

Dans la négative, il conviendra de s'assurer que les estimations sont solides et de préciser les raisons pour lesquelles il n'en est pas ainsi, comme par exemple la concentration relativement importante de formations sanitaires publiques et surtout privés dans les deux principales villes du pays : Ouagadougou et Bobo Dioulasso.

¹⁹ selon le temps disponible dans la suite de l'étude et la disponibilité de données suffisantes

²⁰ selon le temps disponible dans la suite de l'étude et la disponibilité de données suffisantes

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

- 1) Ce processus d'élaboration des CNS 2003 & 2004 dans une période de temps fort contrainte doit être compris comme une étude en vraie grandeur, mais plus ou moins pilote encore par certains aspects.
- 2) La méthodologie d'élaboration retenue et proposée ici a cherché à prendre en compte cette situation pour essayer d'obtenir des résultats suffisamment consistants. Cependant, si cette méthodologie a voulu se garder d'un risque de dispersion en proposant un processus intégré d'élaboration des CNS, elle est peut-être restée limitée dans sa portée dans la mesure où la traque des sources d'information et leur mobilisation aurait dû être plus importante dans un exercice considéré comme normal d'élaboration des CNS selon le guide OMS/BM.
- 3) Le mérite du processus d'élaboration proposée est sa relative simplicité technique de mise en œuvre même si la phase de codification des données sources dans le langage des CNS nécessite un apprentissage et une maîtrise technique qu'une petite équipe de comptables nationaux de la santé doit acquérir progressivement.
- 4) L'intérêt du processus d'élaboration proposé est aussi d'améliorer l'articulation des estimations des CNS d'une année sur l'autre ou d'une période à l'autre et donc de conserver plus facilement une mémoire de leur structure qui bien évidemment se déforme progressivement au fil du temps et des grandes actions entreprises dans le cadre de la politique de santé.

Ceci est d'autant plus important qu'il est difficile de produire un compte CNS « lourd » régulièrement : une périodicité minimale de 3 ans est parfois évoquée mais dans la pratique elle pourra être souvent supérieure pour un pays comme le Burkina.

Dans l'intervalle, il faudra pouvoir être capable de produire des comptes « légers » raisonnablement fiables pour éclairer la politique de santé alors qu'il n'est pas question de mobiliser directement une grande masse de sources d'informations parfois difficilement accessibles

- 5) Pour un comptable national en général, pour un comptable national de la santé en particulier, l'important dans son métier est de pouvoir procéder à des travaux d'arbitrages sérieux entre des points de vue non directement compatibles ou/et conciliables. La méthode proposée ici essaye d'organiser cette confrontation dans la mesure où le système d'information le permet.

Pour pouvoir débattre utilement du financement de la politique de santé, il faut pouvoir proposer un instrument (les CNS) qui présente une vraisemblance commune face à la réalité de la situation sanitaire perçue par les différentes parties au débat.