



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



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

Construction des Comptes Nationaux de la Santé pour 2003

Rapport sur les travaux effectués de mai à novembre 2005

**Novembre
2005**

Contrat de services de consultants
N°158/MFB/MS/SG/DEP/PADS du 16/05/2005



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

L'étude sur les Comptes de la Santé a été réalisée par Conseil Santé, France :

- Chef de projet, Richard Michel ;
- Expert en système d'information sanitaire, Firmin Seka ;
- Macro-économiste, Jean-Pierre Poullier

En étroite collaboration avec une équipe nationale burkinabé :

- Romaric T. Somé, économiste/statisticien, Ministère de la Santé, Direction des Etudes et de la Planification ;
- Lassina Paré, ingénieur-statisticien économiste, Institut National de la Statistique et de la Démographie ;
- Issa Ouedrago, ingénieur des travaux statistiques, Institut National de la Statistique et de la Démographie).

L'étude a bénéficié pendant une partie des travaux du concours de Nathalie Vande Maele, Organisation Mondiale de la Santé.

TABLES DES MATIERES

1	CHAPITRE 1 : LES COMPTES DE LA SANTE DANS UNE PERSPECTIVE D'AIDE A LA DECISION.....	6
1.1	EN QUETE DE PLUS DE GOUVERNANCE	6
1.2	LA COMPTABILITE, UNE VISION TRIAXIALE	7
1.3	LA COMPTABILITE MESO-ECONOMIQUE	11
2	CHAPITRE 2 : FONDATIONS DES COMPTES NATIONAUX DE LA SANTE AU BURKINA.....	17
2.1	LA DEMARCHE METHODOLOGIQUE	17
2.2	UNE SOCIETE INEGALE EST UNE SOCIETE COMPLEXE	19
2.3	L'INFORMATION RECUEILLIE.....	20
3	CHAPITRE 3 : LE FINANCEMENT DU SYSTEME DE SANTE BURKINABE..	25
3.1	LE VOLUME DE FINANCEMENT	25
3.2	QUI FINANCE ?.....	29
3.3	QUI MOBILISE ?.....	30
3.4	GAIN DE L'EXERCICE CNS?	30
4	CHAPITRE 4 : OU SE DIRIGENT LES FONDS MOBILISES PAR LES ADMINISTRATIONS, LES MENAGES ET LES BAILLEURS DE FONDS ?.....	32
5	CHAPITRE 5 : AU-DELA DU CNS 2003 : AMORCE DE PERSPECTIVES	35
5.1	QUELQUES CRITERES DE BON USAGE : LE CHOIX D'UN PILOTE	35
5.2	L'ELABORATION D'UN PANIER D'INDICATEURS	36
5.3	ANTICIPATION ET REPRODUCTION	36
5.4	EFFICACITE, EQUITE, PRODUCTIVITE.....	37
5.5	DES ATTRIBUTS DES CNS	38

ABREVIATIONS ET SIGLES

BM	Banque Mondiale
CAD	Comité d'Aide au Développement (OCDE)
CAMEG	Centrale d'Achat de Médicaments Essentiels Génériques et de consommables médicaux
CDMT	Cadre des Dépenses à Moyen Terme
CHR	Centre Hospitalier Régional
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CM	Centre Médical
CMA	Centre Médical avec Antenne chirurgicale
CNS	Comptes Nationaux de la Santé
CNSL	Conseil National de Lutte contre le SIDA
COGES	Comités de Gestion (des CSPS et Districts Sanitaires)
CSPS	Centre de Santé et de Promotion sociale
DAF	Direction des Affaires Financières (Ministère de la Santé)
DEP	Direction des Etudes et de la Planification (Ministère de la Santé)
DGB	Direction Générale du Budget (Ministère des Finances)
DGCOOP	Direction Générale de la Coopération
DGF	Direction de la Famille
DGHSP	Direction Générale de la tutelle des Hôpitaux publics et du sous-Secteur Sanitaire Privé (Ministère de la Santé)
DGIEM	Direction Générale des Infrastructures, des Equipements et de la Maintenance (Ministère de la Santé)
DGS	Direction Générale de la Santé (Ministère de la Santé)
DHP (ex-DMH)	Direction des Hôpitaux Publics, ex-Direction de la Médecine Hospitalière (Ministère de la Santé)
DOTS	Directly Observed Treatment Shortcourse Chimiotherapy
DPMPT	Direction de la Promotion de la Médecine et Pharmacopée Traditionnelles (Ministère de la Santé)
DRD	Dépôts Répartiteurs de Districts
DSF	Direction de la Santé de la Famille (Ministère de la Santé)
EBCVM	Enquête Burkinabé sur les Conditions de Vie des Ménages
FMI	Fonds Monétaire International
FCFA	Franc de la Communauté Financière Africaine
FS.1	Sources de Financement Publiques
FS.2	Sources de Financement Privées
FS.3	Sources de Financement du Reste du Monde
GP	Guide du Producteur [référence courte du <i>Guide pour l'élaboration des Comptes Nationaux de la Santé</i> , souvent utilisée comme PG]
HF.1	Agents Financiers du Secteur des Administrations
HF.2	Agents Financiers du Secteur Public
HF.3	Agents Financiers du Reste du Monde
HP.1	Hôpitaux
HP.2	Soins infirmiers de longue durée
HP.3	Soins ambulatoires
INSD	Institut National de la Statistique et de la Démographie
ISBL	Institution(s) sans but non-lucratif
GFS	Government Finance Statistics [Statistiques Financières des Administrations publiques] FMI)
MdF	Ministère des Finances
MEDEV	Ministère de l'Economie et du Développement
MEG	Médicaments Essentiels Génériques
MINSAN	Ministère de la Santé

OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Economique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PADS	Programme d'Appui au Développement Sanitaire
PIB	Produit Intérieur Brut
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire 2001-2010
PPA	Parités de Pouvoir d'Achat (taux de change fictif Fcfa par \$ USA reflétant les disparités de prix relatifs entre pays)
PPTE	Pays Pauvre Très Endetté
PSN	Politique Sanitaire Nationale
SIDA	Syndrome d'Immuno Déficience Acquise
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
STEP-BIT	Exclusion et Pauvreté (sous l'égide du Bureau International du Travail)
TMP	Tuberculose Pulmonaire à Microscopie Positive
Tx	Taux de change annuel moyen (Fcfa par \$ USA dans cette étude)
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

1 CHAPITRE 1 : LES COMPTES DE LA SANTÉ DANS UNE PERSPECTIVE D'AIDE À LA DÉCISION

1.1 EN QUÊTE DE PLUS DE GOUVERNANCE

A mi-parcours d'un ambitieux Plan Décennal de Développement Sanitaire (PNDS), qui comprend le renforcement des capacités institutionnelles du Ministère de la Santé, et, à l'orée d'un effort de mobilisation de ressources additionnelles pour le financement de la seconde moitié du PNDS: la mise en place d'un Cadre de Dépenses à Moyen Terme sectoriel 2005-2010 (CDMT), le Burkina Faso se dote d'un instrument de mesure qui devrait permettre d'appréhender de manière plus pertinente au plan de la décision, plus exhaustive dans son champ, plus cohérente dans l'interface entre branches de l'économie, plus opportune aussi, les forces et les faiblesses des mécanismes financiers du système de santé burkinabé.

Le Burkina disposait déjà d'un Système National d'Information Sanitaire (SNIS) assez ample. A l'instar de la plupart des instruments d'observation de l'activité médicale et sociale et de l'état de santé, le SNIS souffre cependant d'une carence à l'égard de descripteurs d'activité comprenant un signe monétaire alors même que le fonctionnement du système requiert la manipulation de budgets ou un certain suivi des paiements directs par les usagers qui constituent la moitié de l'apport des ressources.

Les modes de financement du système de santé auraient dû être l'objet d'analyses récurrentes, qu'ils aient été volontaristes ou subis, exhaustif et cohérents ou partiels et irrationnels, normalisés et opportuns ou non-comparables et tardifs.

A mi-parcours du PNDS, la perception du montant des ressources engagées dans le processus de production de biens et services en santé n'est cependant qu'approximative, l'interface entre l'objet du financement et la production ainsi qu'entre la production et la consommation des prestations reste imprécise.

Ce cahier introduit une ébauche des Comptes Nationaux de la Santé (CNS) du Burkina Faso, conçu avec la collaboration de responsables et d'experts burkinabé, l'un des premiers construits sur ce mode en Afrique.

Un instrument comptable n'est pas une analyse ponctuelle, il a vocation à *institutionnalisation* (c'est-à-dire à production récurrente). Sans cet attribut, un CNS n'est souvent qu'une analyse financière sans lendemain. Ce postulat pose d'entrée de jeu un défi : en s'engageant dans un investissement intellectuel d'une certaine ampleur, qui ne développe tous ses bénéfices de renforcement de la capacité institutionnelle du Ministère de la Santé qu'à condition d'être souvent répété, l'ensemble des preneurs de décision doivent avoir pleine conscience de cette exigence. Ce premier exercice de CNS apportera des gains tangibles autant que des interrogations sur son bon usage dans la mesure où l'exercice sera répété de façon régulière.

L'évaluation à laquelle le Burkina se doit de procéder au terme de ce premier exercice de comptes de la santé n'a de validité que si ce regard critique indispensable est tempéré par l'expérience de tous les comptes macro-économiques et méso-économiques réalisés dans le monde à ce jour.

L'instrument s'apparente à un poste de pilotage qui fournit un éclairage tant sur la structure que sur la mouvance du système étudié ; l'usage d'un poste de pilotage requiert une courbe

d'apprentissage et il n'y a pilotage efficace qu'en temps réel. Ce double *postulat* (tant que l'expérience ne l'aura pas vérifié empiriquement au Burkina) ne méconnaît ni l'utilité de modélisations et de simulations qui peuvent prendre des formes assez semblables à celles des CNS ou s'en écarter très sensiblement, ni ne sous-estime la précarité d'équipements d'accompagnement qui freinent le plein usage du poste de pilotage surtout lors de son premier essai.

L'instrument intellectuel CNS s'apparente à d'autres outils de la politique de santé, les techniques diagnostiques, les gestes du chirurgien ou les prescriptions médicamenteuses qui, à l'origine, ont des applications très circonscrites mais après des tentatives latérales et des usages parfois peu orthodoxes se découvrent des vocations amples.

Cette mise en garde d'un premier CNS, située au début d'une courbe d'apprentissage, peut être corroborée par l'expérience des ministères des Finances (MdF) et du Développement Economique (MEDEV), dont les Comptes macro-économiques – une projection actualisée des Comptes de la Nation de l'Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD) – embrayent aux fins de piloter l'économie une version simplifiée de l'instrument comptable élaboré par l'INSD avec les prévisions budgétaires du MdF.

Cette évolution ne s'est pas faite en une fois. Sans renoncer à la rigueur d'un jugement à froid des résultats atteints ou des lacunes du CNS 2003 que ce cahier introduit, l'évaluation nécessaire au terme de l'étape de présentation des premières matrices ne prendra sa pleine mesure (en s'appuyant pour l'affirmer sur l'expérience de l'ensemble des comptes réalisés à ce jour dans le monde) que si elle comprend une part d'indulgence : l'usage d'un poste de pilotage d'une certaine complexité requiert plus qu'une sortie d'essai.

Une fois rôdés, les CNS devraient fournir une interface analytique et fonctionnelle avec le CMDT sectoriel santé. De même, l'expérience des réformes de gestion budgétaire suggère que la gestion par résultats (*performance-based budgeting*) – auquel un CNS apporte une dimension considérable – est l'aboutissement d'un processus, non son premier résultat.

Ce premier CNS fournit d'entrée, malgré cette inexpérience, un regard plus ample et plus structuré sur les ressources allouées à la réparation d'un état de santé perdu, au maintien de cet état de santé, à la promotion d'un état de santé meilleur.

Le corps de cet aperçu global portera sur une *restitution* partielle de l'effort entrepris en quelque six mois de mai à novembre 2005 pour appréhender le cheminement des ressources qui entrent dans le système de santé burkinabé (*sources de financement*), qui sont mobilisées (*agents de financement*), qui sont transformées (*production* ou *prestations*) et, dans une moindre mesure, dont les produits sont consommés (*fonctions*).

L'avertissement « partiel » accolé à « restitution » n'est pas l'effet d'une négligence ou d'une insuffisance. La « moindre » mesure est même contractuelle. Les termes de référence de l'étude stipulaient un objectif d'achèvement dans un délai de six mois. C'est un cinquième de la durée que la Banque Mondiale (BM) et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ont préconisé dans un *Guide pour l'élaboration des comptes nationaux de la santé* destiné aux pays à bas ou moyens revenus par habitant, paru en 2003 (souvent référencé comme le GP, guide du producteur, ou par son sigle anglophone : PG).

L'épure à fournir devait donc se concentrer sur la construction des matrices de financement et de production à l'exclusion d'une matrice sur l'utilisation finale.

1.2 LA COMPTABILITÉ, UNE VISION TRIAXIALE

Ce qu'un système *finance* est – sauf « pertes en ligne » et distorsions diverses – ce qu'il *produit* ; en matière de services, ce qui est presté (produit) est ce qui est *consommé* (en matière de produits non-durables, tels médicaments, vaccins, préservatifs, une certaine

quantité peut être conservée pour un usage ultérieur, *stockée*, une variable qui ne peut être totalement négligée mais il est fait abstraction de cette possibilité dans la présentation simplifiée des CNS qui suit).

La valeur globale de la production est en quelque sorte une image miroir de la valeur des biens et services consommés, de même qu'une compilation des achats effectués fournit un montant de leur utilisation finale par le système. Ce concept d'image miroir prend toute sa valeur dans la mesure où il n'a qu'une poignée ou deux de catégories *d'agents* qui mobilisent le financement nécessaire au fonctionnement du système, quelques dizaines de classes de producteurs qui transforment ce financement en biens et services.

Le comptable peut espérer relativement aisément en dresser la liste et, avec plus de difficulté, répertorier l'essentiel de leurs transactions. Mais il y a plus de douze millions de consommateurs potentiels au Burkina, dont une partie n'a aucun contact avec le système de santé dans une année donnée, dont une partie ne fera appel à ce système que sporadiquement, dont une partie fera un usage multiple et diversifié : à titre d'exemple CSPS et tradi-praticiens sont souvent consultés pour la même affection, voir médicaments et tradi-médecines consommés parallèlement malgré leur coût et la pauvreté.

Des usagers dont le comportement peut être différent en fonction de l'habitat : rural ou urbain, en fonction de caractéristiques démographiques : homme ou femme, adulte ou enfant, en fonction de caractéristiques socio-économiques : quelque 46 % de la population vivaient en 2003 sous le seuil de pauvreté, en fonction de l'occupation : la consommation de services hospitaliers par les fonctionnaires, par exemple, est subventionnée, en fonction de la sévérité du risque de maladie encouru et d'autres traits sociaux.

Appréhender la consommation de biens médicaux, c'est très largement se servir d'un miroir grossissant : quelles classes de services ont-elles été fournies ? à quels usages (assez grossièrement répertoriés) les *acheteurs* destinaient-ils les financements fournis ?

La livraison aux décideurs de deux matrices portant sur le financement et sur l'interface alimente donc indirectement la réflexion sur la consommation médicale burkinabé.

La qualification de *partielle* accolée à *restitution* tient aussi à ce qu'un exercice de construction de comptes soulève pour chacun des acteurs de très nombreuses questions techniques et analytiques. La connaissance de la nature des *achats* effectués par le système de santé et celle des *livraisons* effectuées, qui constituent une avancée considérable, pourrait ne pas suffire à une évaluation complète de la pertinence de l'ensemble des programmes et des politiques.

Cette insuffisance, connue dès l'énoncé des termes de référence, implique que l'administration burkinabé envisage soit le prolongement de l'effort en direction du troisième axe d'un compte de la santé, soit lorsque sonnera l'heure d'un nouvel exercice comptable un cahier des charges qui comprenne les trois dimensions du *financement*, de la *production* et de *l'utilisation finale* que comporte toute analyse d'une branche de l'activité économique comme du système économique. Les réserves faites concernant une limitation de ce champ de vision dans l'exercice CNS Burkina 2003-2004 ne diminuent en rien les mérites d'un savoir beaucoup plus étendu concernant les financeurs et leurs commandes aux producteurs, ainsi que le poids relatif de la production de biens et services en santé.

Les *Enquêtes de Conditions de Vie des Ménages* de 1998 et de 2003 (EBCVM) avaient renseigné sur le poids de la pharmacie ou les habitudes de recours aux Centres de Santé et de Promotion Sociale (CSPS), les documents de synthèse du PNDS avaient mis en lumière l'interaction entre des acteurs divers.

Ces travaux n'avaient toutefois pas établi le poids relatif de tous ces acteurs, qui n'était perçu avec un certain degré d'imprécision que par quelques rares experts rompus aux arcanes des procédures budgétaires et qui avaient pris le temps d'analyser une masse de documents portant un éclairage partiel sur telle ou telle classe d'activité.

Le Burkina dispose à présent d'une vue synthétique qui tient en une matrice (présentée au chapitre 3) de l'ensemble des flux qui contribuent au financement de son système de santé formel (c'est-à-dire hors de ce que les ménages produisent et auto-consomment, principalement les soins que les mamans apportent à leurs enfants et les familles à leurs membres fonctionnellement moins valides, des soins dont la valeur est incommensurable et n'est d'ailleurs pas mesurée).

Le Burkina dispose à présent d'une vue synthétique qui tient en une matrice (présentée au chapitre 4) de l'ensemble des services de santé (hors ceux fournis par les ménages pour leur auto-consommation) qui sont produits dans le pays et qui font l'objet d'un échange.

Ces synthèses ne portent que sur une année : 2003 (avec l'amorce d'une deuxième année : 2004). Elles traduisent à la fois richesse et pauvreté, la richesse d'un peuple qui dans l'adversité d'un environnement particulièrement difficile en comparaison internationale a réussi à implanter une organisation sociale d'assez haute sophistication, pauvreté en ressources qui affecte la production de tous les services y compris celui des statistiques. Richesse d'avoir pu identifier tous les acteurs qui semblent contribuer au financement des services en santé et à la production de soins et services connexes, pauvreté en ce que certains de ces acteurs n'ont pas à ce jour établi une mesure quantitative de leur activité.

Une superstructure de progrès requiert une infrastructure de vérité et de transparence. Le Burkina ne tire pas de son système de santé tous les bénéfices qu'il peut en escompter notamment parce qu'il n'en a pas encore établi le coût global, une connaissance indispensable à une affectation judicieuse des ressources.

Les deux matrices synthétiques livrées par le projet CNS constituent un pas considérable dans cette direction. Les preneurs de décision du Ministère de la Santé, d'autres ministères, les bailleurs de fonds extérieurs doivent à présent jauger cet effort et, préférablement, lui donner une impulsion pour faire reculer davantage les frontières du non-savoir afin que moins de zones d'ombre n'entravent les politiques de santé nécessaires pour réussir les objectifs du PNDS, les Objectifs du Millénaire et d'autres aspirations légitimes du peuple burkinabé.

La connaissance est préférable à l'ignorance, un savoir imparfait est préférable à l'ignorance. L'aboutissement d'un CNS facilite au premier chef une vérification : l'effort des burkinabé (effort direct et mobilisation des ressources de l'Etat et d'autres agents) accompagné d'une assistance de pays à hauts revenus par habitant satisfait-il un critère de dépense minimale pour espérer atteindre des niveaux de santé minima tels les Objectifs du Millénaire ? Une Commission Macro-Economie et Santé, convoquée par l'OMS, a situé ce niveau au début du millénaire aux alentours de 40 dollars par personne et par an. Les 136 milliards recensés par le CNS pour 2003, rapportés à la population de 12.420 millions de personnes, soit 10.980 F_{cfa} , n'atteignent que la moitié de ce seuil : 19 dollars lorsqu'il est mesuré au taux de change interbancaire moyen mais, à 67 dollars, franchissent ce seuil lorsqu'il est mesuré en parités de pouvoir d'achat (un taux de change qui mesure une sorte d'équivalent niveau de vie, les prix étrangers pour les mêmes services étant plus élevés mais le Burkina acquiert une part importante de sa consommation médicamenteuse aux prix mondiaux).

Le budget supplémentaire PPTTE, contrepartie de l'annulation d'une partie de la dette extérieure affectée à l'éducation et à la santé, est inclus dans cette estimation globale. En termes relatifs, l'effort des ménages, de l'Etat et de la communauté internationale en faveur de la santé se situerait donc dans la zone plancher. Malgré sa pauvreté et un environnement contraignant, le Burkina s'était mobilisé avant la construction du CNS pour atteindre ce résultat.

La connaissance des grandes masses budgétaires et les résultats de l'*Enquête sur les Conditions de Vie des Ménages* (EBCVM) suffisaient pour indiquer que les ménages finançaient plus de la moitié de l'effort global, quelque 5,5 % du Produit Intérieur Brut (PIB). La disponibilité d'une matrice CNS exhaustive (qui a traqué ce que d'autres ministères que la santé, ce que les assurances groupes qui protègent financièrement quelques milliers de burkinabé, ont ajouté) a affiné les ordres de grandeur.

Le supplément d'information a également consolidé la connaissance de l'effort réel des ménages. Au-delà des grandes masses de financement, le CNS a surtout apporté un savoir nouveau sur la destination des fonds vers les établissements de soins que fréquente une frange de la population, vers les formations sanitaires en ambulatoire qu'utilisent plus massivement (mais insuffisamment) les populations rurales et urbaines, et vers les pharmaciens et autres détaillants de biens médicaux.

Prétendre à la complétude et à l'exactitude (entre autres critères de qualité exigés des CNS) pour la première épreuve serait présomptueux.

Les chapitres 3 et 4 soulignent des plages d'ombre, telles les Institutions Sans But Lucratif dans le rang des bailleurs de fonds ou les tradi-praticiens, les laboratoires et centres de diagnostic dans le rang des prestataires.

La mise en évidence de lacunes dans un cadre renseigné est cependant une avancée, car à un savoir antérieur entièrement intuitif se substitue aujourd'hui un savoir partiellement renseigné qui circonscrit le savoir intuitif dans certaines bornes et par-là même réduit la masse de l'incertain : la masse de la dépense en tradi-pharmacie est circonscrite à une fourchette haute et basse.

S'il n'a pas été possible de renseigner comme chiffre indiscutable la consommation en laboratoires d'analyse, l'importance de cette prestation dans la prise en charge du VIH/SIDA et de la Tuberculose Pulmonaire à Microscopie positive (TPM) fournit une piste qui, rapidement, conduira à compléter les matrices présentées.

La construction d'un CNS équipe en savoir et permet de davantage voir le système de santé burkinabé tel qu'il est en se posant souvent la question « pourquoi ? », cette construction laisse également entrevoir des éléments non renseignés avec une interpellation « pourquoi pas ? ». Les chapitres qui suivent ne constituent que l'introduction à une interpellation qui s'adresse à diverses institutions du Burkina et de la communauté des nations, dont chaque facette est susceptible d'enrichir l'instrument qui vient d'être créé.

1.3 LA COMPTABILITÉ MÉSO-ÉCONOMIQUE (comme ses devancières, la comptabilité d'entreprise en T et la comptabilité macro-économique matricielle)

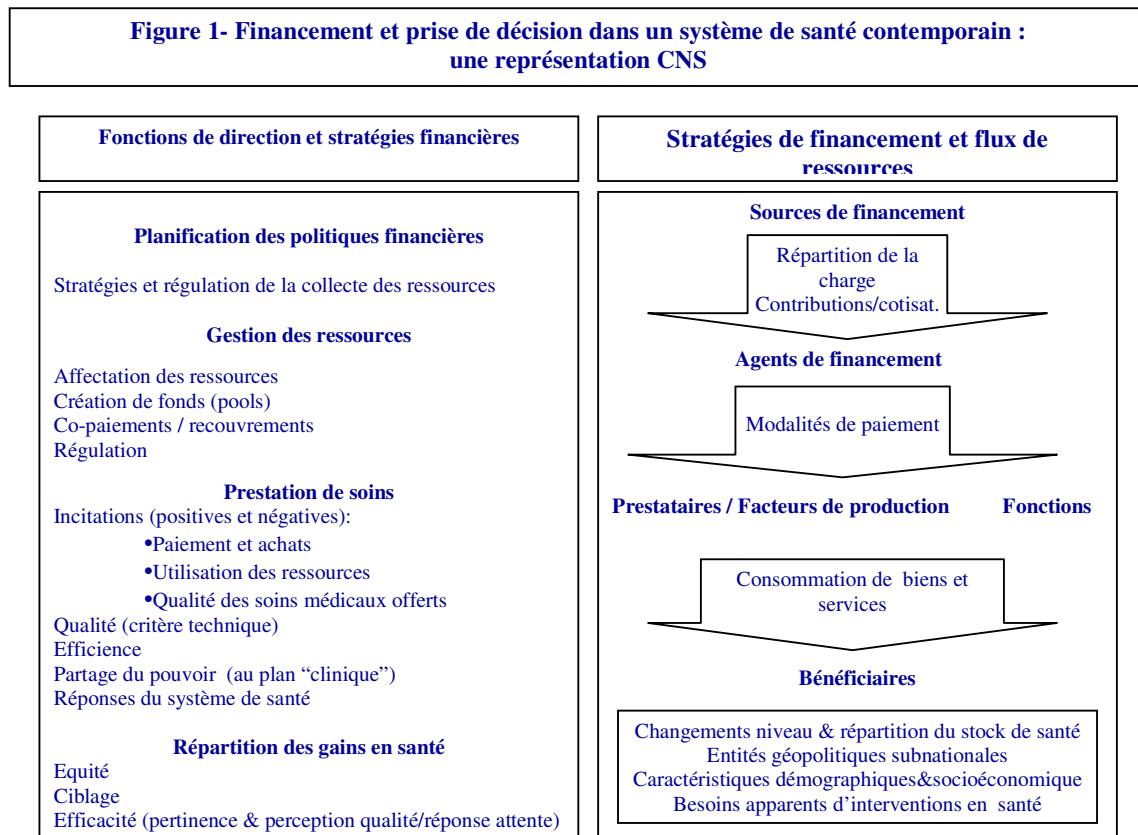
Elle s'adresse à toutes les étapes d'un processus : de sa genèse (une demande pour être satisfaite a besoin de ressources) à la satisfaction des besoins (l'analyse de la consommation en passant par celle de la production).

Chacune correspond à des questions que le politique ou l'observateur se pose :

- ◆ D'où proviennent les ressources ?
- ◆ Qui les mobilise ? Comment se détermine l'acquisition de biens et services ?
- ◆ Quels acteurs transformeront ces ressources financières en produits demandés ?
- ◆ Quels types de facteurs convient-il de rémunérer ?
- ◆ Que consomme le pays ?
- ◆ Quels sont les utilisateurs du système de financement-production mis en place ?

Que demande la société aux CNS ?

Une représentation de cette démarche est fournie dans la figure 1.



La demande de soins, qu'elle soit prise en charge au moins partiellement par des dispositions légales ou actions caritatives ou qu'elle soit entièrement à charge des patients résulte de millions de décisions individuelles, qui peuvent avoir été influencées par l'existence de programmes publics ou privés de lutte contre certains fléaux et par des incitations à traiter certaines affections.

Les filières de prestation de soins sont complexes, ainsi qu'il ressort de tout organigramme.

La hiérarchie passe des centres de soins animés par des infirmiers et des sage-femme à des antennes médicales à des soins avec hospitalisation, sans oublier les prestations connexes des laboratoires et de la pharmacie (elle-même une cascade de l'importation de médicaments à sa répartition géographique ou de la cueillette de plantes à leur vente sur les marchés).

La nomenclature des actes prestés comme la liste des médicaments essentiels qui sont consommés remplissent plusieurs pages ; il suffirait dans le contexte des manuels ou du bon sens de connaître les quantités fournies et d'observer les prix pour en connaître le montant. Les rédacteurs de manuels se confrontent rarement à l'information qui est disponible sur le terrain.

La mesure de la demande et de l'offre de soins doit donc répondre à des critères de :

- ◆ Pertinence (s'appliquer à une variable susceptible d'être affectée par une décision),
- ◆ Complétude (toutes les transactions doivent être enregistrées),
- ◆ Cohérence (les règles doivent être homogènes et aucune transaction être prise en compte à double),
- ◆ Normalisation (s'appliquer indépendamment du lieu de prestation),
- ◆ Neutre (s'appliquer indifféremment de la nature de l'acteur, tel un accouchement eutocique en milieu hospitalier ou en centres médicaux équipés pour des interventions obstétriques, CMA et CM),
- ◆ Opportunité (la connaissance de la réalité des années 1990 est utile, mais les décisions que doit prendre le gouvernement en fin d'année 2005 portent sur les années 2006 et au-delà qui requièrent autant que faire se peut une connaissance des structures et des flux de l'année 2004),
- ◆ Comparabilité entre les entre régions du pays et avec les pays voisins (l'intelligibilité de ce qu'accomplissent les pays voisins, soumis aux mêmes aléas, peut être un facteur de productivité considérable),
- ◆ Précision (tout exercice statistique vise à combiner rigueur de l'observation et de la probabilité de son extension de l'échantillon observé à la nation).

La comptabilité est science et art tout à la fois. Viser à l'opportunité et à la précision tout à la fois est une gageure virtuellement impossible.

La connaissance des dépenses effectives de l'Etat, par exemple, n'est connue que plusieurs mois, voir années, après la fin de l'exercice financier, lorsque la Cour des Comptes rend un verdict de conformité et d'exactitude.

Le comportement des ménages ne peut en raison du coût des enquêtes qu'être observé à intervalles espacés ; or, il se modifie pour des raisons diverses, telle une extension de la pauvreté dans les zones urbaines : entre 1998 et 2003, la demande mesurée des ménages en médicaments n'a cru que de 5 %, de 27.415 F_{cfa} à 28.809 F_{cfa} , alors que leurs dépenses de santé croissaient trois fois plus vite, de 32.955 F_{cfa} en moyenne à 38.112 F_{cfa} .

Toutes choses égales par ailleurs, la variabilité de la tarification des actes médicaux explique une préférence accrue du recours des ménages à des actes médicaux (subventionnés à des degrés divers) et en diminution pour les médicaments, ainsi qu'il ressort du tableau 1.

L'information sommaire sur la réglementation en vigueur concernant les recouvrements que pratique le Burkina comme les pays voisins dans la mouvance de l'initiative de Bamako – dont la pertinence ou la non-pertinence n'est pas discutée ici – n'a pour objet que de sensibiliser celui qui découvre les CNS sur la difficulté de la notion du prix, dont on rappelle qu'il n'est pas le tarif (qui n'est que la partie du coût de la prestation que l'utilisateur a à sa charge) et qu'il n'est pas davantage la dépense (qui est un produit des quantités consommées et de leur prix).

Les chiffres publiés comportent des éléments qu'il est difficile d'agrèger car la valeur et la tarification des classes d'actes médicaux n'est pas toujours calculée sur la même base. Il en est de même pour les produits pharmaceutiques.

Les enquêtes des dépenses des ménages (EBCVM) comprennent leurs débours dans les CSPS, CMA hôpitaux et la tradi pharmacie, tandis que la tarification fournie est celle des CSPS, CMA et Hôpitaux publics sans pondération possible avec l'information existante pour lier prix et quantités aux chiffres de valeur obtenus.

Tableau 1. Tarification des actes médicaux dans les établissements publics (en F_{cf})

Lettre clé	Tarif plein	Tarif subventionné
C	1 500	750
CS / CN PSY	2 000	1 000
CIS	1 000	500
K / D	350	175
Z	200	100
B	150	75
AMM/AMI	1 000	500
PC	400	200
V	3 500	3 500*
VS	5 000	5 000*
VIS	2 000	2 000*
SF	1 000	500
SCP	350	175
Hospitalisation (hébergement hors actes de laboratoire et pharmacie)		
1 ^e catégorie	4 500	f)
2 ^e	2 000	f)
3 ^e	1 000	f)
4 ^e	500	f)
5 ^e	100	f)

Note :

(1) Le tarif subventionné s'entend comme :

- a) 10 % du tarif plein pour les retraités des secteurs public et privé,
- b) 50 % du tarif applicable aux parents pour les enfants de 0 à 14 ans & boursiers,

- c) Gratuité pour les élèves du primaire et du secondaire & étudiants non boursiers,
- d) Pourcentage différencié selon le degré d'invalidité pour les handicapés,
- e) Gratuité pour les personnels, ascendants et descendants directs à charge, du Ministère de la Santé,
- f) Exonérations partielles hospitalisation pour les mêmes catégories, les fonctionnaires, agents de l'Etat, militaires et para-militaires (gratuité totale pour les personnels et ascendants – descendants directs à charge du Ministère de la Santé ainsi qu'en 3^e-4^e- 5^e classe pour les personnes atteintes de la tuberculose, de la lèpre, de la trypanosomiase ou du SIDA y compris examens de laboratoire et de radiologie)

⇒ Aucune subvention pour les visites selon la réglementation.

- (2) Les tarifs de recouvrement n'ont pas de relation directe avec le coût des prestations.
- (3) Les honoraires pratiqués dans les formations privées sont sensiblement plus élevés. Les honoraires des tradi-praticiens, variables selon la tranche d'âge de cette classe de prestataires, ont été estimés pour 2003 être de l'ordre moyen de 300 Fcfa.
- (4) Ainsi que le tableau 2 le démontre, le coût moyen des prestations pharmaceutiques est au niveau des CSPS et CMA de dix à quarante fois supérieur à celui des actes médicaux.

Tableau 2. Participation des usagers du système de santé et niveau moyen du partage des coûts des actes médicaux dans les CSPS et les CMA, 2003 (F_{cfa} par acte)

Lieu de consultation	Coût moyen des prestations			Débours moyen par acte médical, CSPS & CMA	
	Homme	Femme	Ensemble		
CSPS le plus proche	159	250	220	Consultation	109
Autre CSPS	167	192	179	Consultations 0-14	90
Clinique / Cabinet	5500	3167	4100	Carnet vaccination	21
CMA le plus proche	750	1274	1099	Carnet de santé	142
Autre CMA	3000	4500	4000	Vaccin enfant	14
Autre	8000	750	3650	Injections	18
Ensemble	554	433	471	Pansements & soins	183
				Ordonnance accouchement distocique	2516
Lieu d'achat				Accouchement eutocique	1048
Pharmacie	18260	19784	19101	Ordonnance, épisiotomie	2918
Dépôt du Centre de santé	6156	3808	4710	Suivi grossesse	593
Ensemble	9468	7395	8224	Hospitalisation/observation	213

Source : Source : INSD, Enquête sur le suivi du CSPL, 2005

Il porte sur le niveau unitaire de la contribution sollicitée par grandes catégories d'usagers sans fournir la consommation effective de chaque classe et les estimations détaillées de la dépense – telles que celles fournies au tableau 2 – considèrent une classe importante d'établissements prestataires à l'exclusion des autres, dont beaucoup (secteur privé, mais aussi l'hospitalisation publique et privée, une partie de l'activité de prévention et de la santé publique, ne sont pas renseignés à un niveau agrégé de leur activité).

La combinaison de l'effet prix, mentionné ci-dessus, avec l'effet quantité, dicté par des considérations sociologiques et des besoins différents, aboutit, par exemple, à une

consommation supérieure des femmes (et des enfants) dans les formations sanitaires de base où elles semblent consulter à des niveaux moins graves de risques, alors que les hommes semblent tarder davantage mais encourent des interventions plus importantes et/ou pour lesquelles la participation demandée à l'usager est plus élevée.

Peut-être quelque peu lente et pesante, la démarche CNS répond à une notion d'intégration et à une préparation à l'interprétation de tous les agrégats qui sont l'objet des comptes. Elle s'apparente dans un domaine différent au savoir du géographe.

Une personne quelconque non sensibilisée, en présence de quelques traits tracés sur une feuille de papier, peut être perplexe, alors qu'une personne formée reconnaîtra immédiatement les contours de son pays. Au sortir du premier cours de géographie, tous les élèves reconnaîtront le Burkina. La réalité : quelques traits sur une feuille de papier, n'a pas changé ; l'utilité l'a été radicalement.

De même, la construction d'un CNS ne transforme pas les structures du système de santé, ses forces et ses faiblesses, mais la reconnaissance des contours élargit le champ de vision des décideurs qui disposent d'une vue globale de l'incidence de chaque financement isolé sur l'ensemble des prestations.

Les recettes importantes des COGES obtenues de la cession (avec une marge confortable) aux ménages des médicaments fournis dans les 1113 dépôts répartiteurs CSPS et les CMA à fin 2003 (1186 à fin 2004) ont satisfait un objectif de l'Initiative de Bamako : la capacité des administrations décentralisées à faire participer les ménages aux dépenses.

Cette optimisation des recettes n'a-t-elle pas écarté une partie importante des ménages les plus vulnérables de la consommations des médicaments, voire des consultations médicales proprement dites ?

L'objet de ce cahier n'est pas la pertinence ou non de l'Initiative de Bamako, la pertinence ou non d'autres programmes de la politique de santé burkinabé pris isolément. Il est de souligner que les attributs de complétude, de cohérence, de neutralité et d'autres que promeuvent les CNS éclairent l'incidence de certaines options sur l'ensemble du système.

L'objet de ce cahier est aussi de rassurer les preneurs de décision quant à une éventuelle dictature du chiffre. Les CNS ne sont pas un engin automatique ou presse-bouton qui diminue le pouvoir discrétionnaire. En fait, les CNS se sont avérés là où ils ont construit accroître ce pouvoir en démontrant la co-existence possible de plusieurs voies concourant au même objectif et, souvent, la disponibilité d'un plus large éventail de modes d'intervention qu'il ne paraissait lorsque seul un domaine d'intervention était présenté. Une fonction de production doit aussi s'analyser globalement.

Pour être utilisable, l'information qui se trouve requiert d'abord un tri et un mode d'organisation rigoureux. Trier comporte la notion ambivalente de sélection et de discrimination. Ce travail est long la première fois.

Il requiert d'interroger des responsables répartis dans différents ministères et organismes publics et privés, de les sensibiliser concernant les acteurs et les transactions que ces informateurs privilégiés reconnaissent ; il requiert de trouver un langage et des ponts de communication qui permettent à ces témoins privilégiés de partager leur connaissance du système socio-économique et des activités qui contribuent à accroître le stock de santé de la population (de décroître les dysfonctionnalités liées à la maladie et au handicap somatique ou mental).

Il requiert des moyens d'accès à la documentation se rapportant à ces activités.

Il requiert des enquêtes qui complètent l'information colligée par la Présidence du Faso, par les ministères les plus directement concernés (au premier rang desquels la Santé (MINSAN),

ses Directions Générales ou Directions des Etudes et de la Planification (DEP), des Affaires Financières (DAF), de la Santé (DGS), de la tutelle des Hôpitaux Publics et du Sous-secteur sanitaire privé (DGHSP), de la Promotion de la Médecine Traditionnelle et de la Pharmacopée (DPMPT), de la Famille (DGF), mais aussi les Finances (particulièrement la Direction Générale de Budget, DGB), l'Economie et le Développement (MEDEV, particulièrement la Direction Générale de la Coopération, DGCOOP), l'Institut National de la Statistique et de la Démographie (INED), le Conseil National de Lutte contre le SIDA (CNSL) et bien d'autres. Sans la longue tradition du suivi de l'activité et de son financement au Burkina, renforcées au cours des dernières années par des réformes des procédures d'établissement et d'enregistrement des budgets, sans les conseils avisés de ceux qui y procèdent, les matrices présentées dans ce cahier n'existeraient pas.

La mémoire des rouages du système burkinabé, c'est également les Centres Hospitaliers Universitaires et Régionaux (CHU, CHR), les Comités de Gestion des CSPS et CMA/CM (COGES), le Centre de Recherche de La Muraz, des formations sanitaires privées, le Syndicat de la Pharmacie, des organismes comme luttant contre l'Exclusion tel le STEP-BIT, des organisations confessionnelles, des universitaires, des assureurs privés.

Ceux qui ont pu être contactés ont partagé une part de leur perception du système de santé du Burkina et de leur savoir avec l'équipe qui a effectué les travaux préparatoires et rédigé ce cahier, ils en sont un peu les co-auteurs.

C'est aussi un peu la communauté internationale : l'OMS et la Banque Mondiale (BM) particulièrement, dont certains travaux antérieurs ont tracé quelques pistes remontées autant que faire se pouvait dans un projet rapide, ainsi que les représentants des bailleurs de fonds bilatéraux.

Le devoir de mémoire que toutes ces institutions et leurs animateurs ont honoré a également été la règle d'or du projet CNS. Comme dans de nombreuses synthèses, moins d'un dixième des travaux et de la dix millièmes partie des chiffres recueillis et traités a trouvé place dans ce cahier. La capacité acquise de reproduire ce travail et de le prolonger au-delà des limites de l'épure adoptée et dans le temps sont probablement des acquis plus précieux que des commentaires dont l'objet premier est l'incitation à poursuivre l'exercice accompli ponctuellement.

2 CHAPITRE 2 : FONDATIONS DES COMPTES NATIONAUX DE LA SANTÉ AU BURKINA

2.1 LA DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE

L'ensemble des comptes nationaux de la santé s'inspire d'une démarche tri-axiale adoptée par les comptes macro-économiques.

Quelques instituts statistiques et ministères de la santé préfèrent l'approche de la production et l'utilisation de recensements économiques et/ou de tableaux entrée-sortie. Une majorité a opté pour la voie fonctionnelle, qui démarre classiquement par le financement et l'utilisation d'instruments de mesure des « intentions des acheteurs de biens et services », principalement les budgets et dépenses des administrations, des enquêtes effectuées auprès des ménages et d'autres intermédiaires tels les entreprises financières (les assureurs) et non-financières à but lucratif ou non.

L'opposition des deux écoles s'appuie pour partie sur l'information statistique la moins inaccessible, pour partie sur des considérations de politique : *convient-il de réguler l'offre ou la demande ?*

La tri-axialité implique que chacune des écoles développe une dimension financière, une dimension de production et une dimension d'utilisation finale ; là où elles se développent en parallèle, les estimations des dépenses de lune ou l'autre approche sont condamnées à converger, même si quelques variations illuminant les deux approches synthétiques font croire à des différences.

Ce qui l'explique, ce sont des différences de délimitations de frontière de la santé selon les fichiers. Fondamentalement qu'est-ce que la santé ?

La construction du CNS du Burkina n'a requis la réponse ni à la question d'un cheminement préféré, ni à celle plus fondamentale de la santé. La Banque Mondiale, dont un fonds particulier a financé le projet CNS, est co-auteur d'un précis méthodologique qui a opté pour la voie financière, *Guide pour l'élaboration des comptes nationaux de la santé*.

Cette approche s'impose d'autant plus aisément que les pays africains ont peu cultivé les tableaux entrée – sortie et ont établi peu d'observatoires de la production de services.

Les deux approches sont gourmandes de chiffres. Si un doute subsistait, un rapide inventaire des obligations légales s'imposant aux administrations et aux entités de production suggérerait au niveau d'une pré-étude culminant en un appel d'offre pour construire le premier CNS à partir des sources existantes complétées par des enquêtes rapides que la probabilité serait plus forte d'obtenir des avancées en 2005 du côté du financement que du côté de la prestation de services.

Le système économique et social du Burkina Faso, de ses voisins et de la plupart des pays avec lequel il entretient des relations suivies repose sur des identités, dont celle qui est l'objet principal de la comptabilité :

Les dépenses des uns ≡ La production des autres ≡ Les revenus des prestataires

Cette identité se démontre dans l'analyse que chacun peut (presque sans effort) faire de l'économie marchande, lorsque celle-ci fonctionne sans détournements par des abus de position dominante et autres entraves aux échanges.

L'identité est moins évidente concernant l'économie non-marchande, celle notamment dans laquelle la société détermine qu'une plus grande équité distributive doit prévaloir qu'il ne résulte de la répartition des revenus primaires, les revenus que les individus ou les familles obtiennent de leur travail.

De fait, l'identité s'inverse du fait du préfinancement d'une partie de la consommation de soins de santé par l'impôt, par les cotisations à des régimes de protection sociale, par l'intervention de transferts (principalement celles de la richesse extérieure : les bailleurs de fonds, mais aussi celle d'institutions sans but lucratif). L'identité s'applique donc dans l'étude de la fonction ou du risque santé comme trois sommes (Σ) équivalentes (\equiv) :

$$\Sigma \text{ des financements } \equiv \Sigma \text{ des prestations } \equiv \Sigma \text{ des consommations}$$

Les services produits ne se stockant pas – cette particularité a déjà été soulignée –, leur montant correspond au montant des services consommés.

La prestation de services est l'image miroir du montant des services achetés par les ménages ou achetés par des « intermédiaires » payant en leur nom ou se substituant à eux du fait d'une meilleure connaissance des besoins réels.

Sous réserve de reports d'une année sur l'autre pour les biens médicaux, habituellement modestes (mais quelques cas d'achats massifs de préservatifs dépassant la capacité de distribution des institutions de prévention ont, par exemple, été notés), l'identité s'applique également à la pharmacie et aux appareillages thérapeutiques.

Sauf erreurs et omissions dans l'estimation des dimensions *financement* et *production* des biens et services destinés à la santé, la valeur globale de la *consommation* médicale totale au Burkina Faso est donc indirectement obtenue par les travaux effectués pour cadrer la valeur des financements et la valeur de la production ou des prestations.

Cet énoncé est, bien entendu, plus simple que le calcul effectif, car **aux 12.42 millions de burkinabé de 2003 correspondaient quelque 1.777 million de ménages** (extrapolation effectuée à l'INED à partir d'un échantillon de 8.500 ménages).

Estimation importante car, quelque soit l'approche et les conventions comptables retenues, les ménages constituent la *source* principale des montants en santé qui sont dépensés dans une année normale au Burkina.

Une partie des ressources des ménages transitent par quelques intermédiaires (dénommés agents de financement), dont les administrations publiques, qui gèrent également une partie des ressources de bailleurs de fonds étrangers.

Au total, quelques classes d'*agents de financement* dirigeant vers deux fois autant de classes de *prestataires* pour des millions d'affections diverses et pour des logiques qui vont du besoin incompressible à une réponse à des incitations parfois perverses.

2.2 UNE SOCIÉTÉ INÉGALE EST UNE SOCIÉTÉ COMPLEXE

Le système de santé ne se réduit évidemment à trois matrices centrales et à quelques tableaux ou matrices auxiliaires qu'au travers de *moyennes*.

La décision politique ne peut pas que s'appuyer sur des calculs dont on perçoit de suite qu'ils ne correspondent pas à la situation du ménage lambda ou du prestataire de soins lambda.

- **En 2003, les 1.777.035 ménages burkinabé étaient composés en moyenne de 6,4 personnes, 6,6 dans les zones rurales et 5,6 dans les zones urbaines.**
- **La dépense moyenne pour biens et services de santé déclarée par les ménages s'estimait à 38.112 F_{cfa}, soit 28.000 dans les zones rurales et 51.000 dans les zones urbanisées.**
- **Le quintile le plus pauvre en zone rurale ne dépensait que 12.000 F_{cfa} contre 39.000 au quintile le plus élevé, ces chiffres étant de 19.000 et de 71.000 F_{cfa} pour les quintiles extrêmes en zone urbaine.**

Un simple regard sur les barèmes appliqués dans les CSPS et CMA, voir les sommes versées aux tradi-praticiens et aux vendeurs de médecines traditionnelles (se référer au tableau 2 du tableau 1), suffit à indiquer **qu'une part importante de la population n'a eu en 2003 aucun contact formel avec le système de soins.**

La demande en tradi-médecine (plus informelle même si, à Ougadougou, quelque 2.500 tradi-praticiens sont reconnus par une association) **serait plus forte dans les zones rurales que dans les centres urbanisés (20 % des contacts contre 6 %) ; le recours aux prestataires publics est plus important dans les zones rurales (72 %) que dans les zones urbaines (62 %) et le recours à des prestataires privés de médecine allopathique n'est que de 2 % dans les zones rurales contre 25 % dans les zones urbaines.**

Tout commentaire sur les valeurs mises en évidence par les CNS se devra donc d'être prudent : il s'applique à la nation tout entière et il invite, lorsque faire se peut, à prendre en considération les dispersions autour de la moyenne ; celles-ci sont parfois fournies par les outils auxquels la construction des CNS fait appel, telle l'*Enquête de Conditions de Vie des Ménages* (l'EBCVM principalement utilisée dans le contexte des CNS de 2003 et dans les travaux sur un CNS léger 2004 est celle de 2003, accessoirement l'EBCVM de 1998).

La comptabilité macro-économique comme méso-économique est une cartographie de l'ensemble des transactions du système de santé, plusieurs dizaines de millions après avoir décompté les **deux cinquièmes de la population qui, en année moyenne, n'a pas de consommation médicale.**

Quelques rares CNS s'organisent autour d'un enregistrement systématique de toutes les transactions. Le fait est suffisamment rare pour le confiner à une note en bas de page au titre d'exception. Les registres d'aucuns sont abondants, ceux de la majorité des pays (dont le Burkina) incomplètement abondés.

Le premier exercice comptable entrepris dans le pays se résume souvent à un laborieux inventaire des sources, à la transformation de ces chiffres bruts en valeurs homogènes et leur codification, en un repérage aussi exhaustif que possible des croisements s'entre agents financiers et prestataires, entre prestataires et utilisateurs finaux, entre financeurs et consommateurs.

Le devoir de précaution invite les pays pauvres à également traquer l'origine des fonds aux fins notamment d'anticiper la solvabilité du système et d'analyser la durabilité des structures.

2.3 L'INFORMATION RECUEILLIE

En partant du vecteur d'entrée retenu et en remplissant la matrice normalisée OMS – BM correspondant, **le financement du système de santé burkinabé et la dépense nationale de santé en 2003 ont été estimés à 136,3 milliards F_{cf}**.

Ce montant est sensiblement supérieur à celui qui aurait résulté d'une addition des estimations budgétaires conventionnelles de 40,1 milliards pour l'enveloppe du Ministère de la Santé et de 9,7 milliards pour le complément PPTE plus l'apport des ménages connu au travers de l'EBCVM.

Ce sont notamment la prise en compte des ministères autres que la santé, d'agents privés autres que les ménages (telles les assurances groupe) et une comptabilisation exhaustive des apports extérieurs qui l'expliquent.

La méthode empirique, longuement présentée lors d'ateliers organisés dans le cadre du PADS, se résume en un passage au peigne fin (avec le concours de la Direction Générale du Budget, DGB) de l'ensemble des budgets, en l'identification des lignes dont le contenu correspondait au financement d'un programme de santé au sens des classifications adoptées par OMS-BM, en leur codification et homogénéisation lorsque l'item ne correspondait pas exactement à la classification souhaitée. Le travail d'homogénéisation requiert à la fois une expertise technique – un jugement de la pertinence de l'item – et une profonde connaissance des rouages du système administratif burkinabé. L'exercice n'aurait donc pu être conclu sans le concours des membres burkinabé de l'équipe.

Une procédure analogue a été suivie pour les fonds extérieurs, avec comme interlocuteur privilégié la Direction de la Coopération du Ministère de l'Economie et du Développement (DGCOOP).

Un traitement semblable a été opéré à partir des fichiers administratifs des entreprises publiques industrielles (exception faite d'entreprises de services de santé, les hôpitaux).

Pour les CHU, CHR, l'hôpital Charles de Gaulle, un échantillon de CMA, et des établissements recensés dans le SNIS et autres sources administratives conventionnelles, un dépouillement de cette documentation a été opéré complété par une enquête spécifique à laquelle ces entités ont accepté de prendre part. Un échantillon aléatoire de formations sanitaires privées sises à Ouagadougou et à Bobo Diassalo a également été enquêté aux fins d'établir le niveau de l'activité (chiffres d'affaires, ...) et d'autres paramètres susceptibles de conduire à une estimation des cellules correspondantes des deux matrices présentées aux chapitres 3 et 4, mesurant respectivement le financement et la production de soins et services de santé au Burkina.

Concernant des consommations importantes mais peu recensées par l'appareil statistique, principalement la tradi-pharmacie, une enquête menée en 2002-2003 sur les marchés d'Ouagadougou et de Bobo Diassalo dans le cadre d'une étude mandatée par la Banque Mondiale, a fourni une estimation de la consommation apparente de plantes médicamenteuses.

Une étude de la distribution pharmaceutique au Burkina avait à partir de l'EBCVM de 1998 suggéré que la tradi-pharmacie représenterait plusieurs milliards, ce qu'une association nationale de commerces de plantes médicinales a confirmé.

Tant en 1998 qu'en 2003, les ménages ont indiqué que leurs dépenses en santé se dirigeaient principalement vers la pharmacie, deux tiers en 1998 attribuables aux officines et dépôts répartiteurs. Des indications convergentes suggèrent un accroissement de la part des dépôts répartiteurs et de la tradi-pharmacie cinq ans plus tard.

Le travail d'identification des acteurs a dans un premier temps requis des entrevues avec des directeurs et experts des diverses administrations, entreprises (dont la CAMEG et des assureurs), associations professionnelles (tel le Syndicat de la pharmacie), représentants d'institutions de prestation de soins (CHU, CHR, CMA, ...), de représentants d'institutions confessionnelles et non confessionnelles sans but lucratif, d'universitaires, etc.

Dans un deuxième temps, le recueil des informations brutes fournis par la DGB, la DGCOOP, d'autres administrations, les établissements précités et des sources diverses, ont été prétraités pour homogénéisation dans des fichiers thématiques permettant leur agrégation. Aux fins de garantir la confidentialité des données, tous les résultats d'enquête ont été consignés au Ministère de la Santé à la fin des travaux.

Toutes les données recueillies ont été traitées et affectées à un fichier (un exemple partiel de leur nombre figure au tableau 4) et à une cellule de la matrice pertinente.

61	Budget S. PPTEPND\$			-														
71	Budget S. OSTCA							-				-						-
81	Budget S. CRMUCG, CNRFPALU		CRMU CG CNRF PALU				CRMUCG CNRFPALU						CRMUCG, CNRFPALU					CRMUCG, CNRFPALU
82	Budget S. ENSPCG																	
83	-											-						
NS												-						
T												-						

3 CHAPITRE 3 : LE FINANCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ BURKINABÉ

3.1 LE VOLUME DE FINANCEMENT

En 2003, le Burkina a consacré plus de 136 milliards de francs en biens et services, et 68 milliards ont été déboursés par les ménages. Les bailleurs de fonds ont abondé le système de quelque 30 milliards.

L'estimation globale – qui correspond en l'état à 5,5 % du Produit Intérieur Brut (PIB) – sous-estime la dépense nationale dans la mesure où certaines rubriques pour lesquelles il devrait y avoir un montant de financement n'ont pu être renseignées.

Le Tableau 5 – dont certaines colonnes ou lignes ont été supprimées pour des contraintes de lisibilité et de reproduction – ne renseigne rien concernant les mutuelles et la micro-assurance.

Dans une prochaine étape, quelques cases de la ligne HF.2.1.1 (supprimée parce que vide dans le compte provisoire) pourraient être remplies, notamment au regard de la colonnes FS.2.2 Fonds des ménages.

Il en va de même pour les Institutions sans but lucratif (ISBL), pour lesquelles les organisations confessionnelles sont non renseignées ; la ligne HF.2.4.1.1 leur correspondant dans la matrice a aussi été supprimée de cette édition.

Les ISBL non-confessionnelles (ligne HF.2.4.1.2) sont modestement renseignées mais il serait souhaitable de vérifier si le montant renseigné n'est pas une sous-estimation.

Les sociétés non financières (c'est à dire autres qu'assurances) jouent-elles un rôle plus important dans l'accès aux soins que celui que leur accorde les lignes HF.2.5.1 et 2.5.2 ?

Les sociétés nationales ont largement répondu aux questions, les sociétés privées ont manifesté moins d'ardeur (reflet d'une absence de programmes de protection sociale ? ou manque d'intérêt pour un questionnaire de plus qui leur était adressé?).

La sous-information des ISBL, chronique et largement partagée, était attendue.

L'expérience hors des frontières du Burkina suggère, toutefois, qu'une émulation naît de la démonstration. Concernant les entreprises du secteur marchand, l'expérience hors-frontières est également celui d'une maturation progressive aux bienfaits d'enquêtes ponctuelles ou récurrentes sur le bilan social.

L'information est également lacunaire au niveau de ressources fournies au système de santé lorsque l'origine est incertaine.

Par exemple, les 1.2 milliards provenant des bailleurs de fonds, non affectés, pourraient dénoter une mauvaise interprétation des indications fournies par la DGCOOP (une itération quotidienne n'était pas possible), laquelle pourrait être rapidement corrigée, mais ils pourraient aussi dénoter une imprécision des enregistrements de base (un signal qu'une correction méthodologique serait souhaitable).

Les entreprises susceptibles de fournir des prestations assurantielles maladie n'ayant pas été interrogés, une lacune a été comblée arbitrairement : les 714 millions déclarés apportés au système par les intermédiaires financiers qui gèrent ce portefeuille de risques ont été attribués au fonds des employeurs. L'analyse économique invite à considérer qu'il s'agit le plus souvent d'avantages en nature qui doivent s'imputer à la masse salariale, donc aux ménages. Ces avantages en nature n'ayant pas été recensés dans l'EBCVM, il a paru plus judicieux dans le CNS 2003 de ne pas les ajouter aux débours des ménages. Cette option n'est cependant pas doctrinale et peut être amendée d'autant plus facilement que la source de l'information n'est pas les revenus des ménages. Ce type de réaffectation n'aurait pas d'incidence sur le montant des dépenses.

Tableau 5 – Le financement du système de santé au Burkina Faso en 2003 (en million de Fcfa)

Sources de financement		FS.1.1	FS.1.2	FS.1	FS.2.1	FS.2.2	FS.2	FS.3	FS.9	FS 1-9
Agents de financement		Fonds des administrations publiques	Autres fonds publics	Fonds publics	Fonds des employeurs	Fonds des ménages	Fonds privés	Fonds du reste du monde	Fonds non spécifiés	Ensemble des fonds
HF.1	Administrations publiques	29119	5693	34812	330		330	20853	209	56204
HF.1.1	Etat	29 060	5 693	34 753				20 853	209	55 815
HF.1.1.1	Administration centrale	29 060	5 693	34 753				20 853	74	55 680
HF.1.1.1.1	Présidence du Faso	126		126						126
HF.1.1.1.2	Ministère de la Santé	28 549	4 309	32 858				20 568	74	53 500
HF.1.1.1.2.1	Ministère de la Santé APUC	28 518	2 668	31 186				1 956		33142
HF.1.1.1.2.2	Ministère de la Santé Projets.Programmes	1	1 641	1 642				17 665		19307
HF.1.1.1.2.9	Min.Santé .n.s.t.	30		30				947	74	1051
HF.1.1.1.3	Ministère de la Défense	186		186						186
HF.1.1.1.4	Min.de l'Enseignement Second. & Supérieur, Recherche Scientifique	100		100				101		201
HF.1.1.1.5	Ministère Agriculture,. Hydr. & Ressources haieutiques		8	8						8
HF.1.1.1.6	Ministère Action Sociale et de la Solidarité Nationale	16		16						16
HF.1.1.1.7	Ministère de l'Economie et du Développement		1 376	1 376				184		1560
HF.1.1.1.8	Autres Ministères	83		83						83
HF.1.1.3	Admin. communales								135	135

41%

HF.1.2	Assur. sociales	59		59	330		330			389	
HF.1.2.1	Centre National de Sécurité Sociale	59		59	330		330			389	
HF.2	Secteur privé				2288	67824	70166	600	11	70777	52%
HF.2.1	Assurances privées et mutuelles				714		714			714	
HF..2.1.2	Assurances groupe				714		714			714	
HF.2.3	Débours directs des ménages					67 728	67 728			67 728	
HF.2.4	Institutions sans but lucratif (hors ass. soc.) origine nationale					96	116	489	11	616	
HF.2.4.1.2	ISBL non confessionnelles					96	116	489	11	616	
HF.2.5	Sociétés (sauf assurance groupe)				1574		1608	111		1719	
HF.2.5.1	Sociétés publiques				1537		1537	111		1648	
HF.2.5.2	Sociétés privées				37		71			71	
HF.3	Reste du Monde							6535	1196	7731	6%
HF.3.1	Bailleurs de fonds multilatéraux							3 020		3020	
HF.3.2	Bailleurs de fonds bilatéraux							1646		1 646	
HF.3.3	ONG internationales							1869	79	1948	
HF.3.4	Jumelages										
HF.9	Agents de financement non spécifiés								1612	1612	1%
HF.1-3 (+HF. 9)	TOTAL des financements	29119	5693	34812	2618	67824	70496	27988	3028	136324	
				26%			52%	21%	2%		

Les administrations régionales et municipales financent une très modeste part de l'activité. Selon les estimations obtenues, 8 millions de cotisations à la Caisse Nationale de Sécurité Sociale.

La matrice simplifiée n'en fait pas état.

L'Administration comprend en fait deux colonnes : Etat et pouvoir central, régions et municipalités. Le poids des administrations décentralisées serait en fait plus lourd.

La nature de 135 millions (classés en HF.1.1.3 et FS 9) n'est pas apparue clairement. S'agit-il de prélèvements des autorités sub-nationales ou d'un transfert de l'administration centrale ou d'un don extérieur ? Par ailleurs, les recettes importantes des COGES ont été enregistrées comme co-paiements des ménages relatifs à leurs consommations et non comme une recette fiscale relative à leur capacité contributive.

Quelques villages gèrent également des mutuelles, dont la nature (de fait obligatoire pour leur population) assimile ces institutions selon les règles de la comptabilité nationale à des quasi-assurances sociales.

Aucune information n'a été obtenue concernant la micro-finance et les formes mutualistes de protection contre les risques financiers de la maladie.

Les recettes des COGES ne sont pas négligeables, ainsi qu'il ressort du tableau 6, mais l'information recueillie n'a pas permis de scinder de façon adéquate les apports des ménages en débours directs et en co-paiements.

La facturation des COGES s'applique à des forfaits par acte, sans relation avec leur coût. Pour la pharmacie, le coût de cession aux ménages est supérieur au coût d'acquisition majoré d'une marge pour frais de distribution.

Tableau 6 – Financement des Directions Régionales de la Santé par source, 2002 -2004 (en millions de F_{cta})

Source	2002	2003	2004	2002	2003	2004
Etat	25	38	60	1.6 %	2.2 %	2.0 %
Collectivités Territoriales	1	1	3	0.1 %	0.1 %	0.1 %
Partenaires	44	39	60	2.8 %	2.2 %	2.1 %
Dons	3	15	15	0.2 %	0.8 %	0.5 %
Transferts et dons	73	93	138			
Tarifification des actes	171	169	165	10.9 %	9.6 %	5.4 %
Vente de MEG	1263	1437	2646	80.2 %	81.5 %	84.0 %
Ménages	1434	1606	2801	91.1 %	91.1 %	89.4 %
Autres et produits non spécifiés	68	65	70			
TOTAL	1 575	1 763	3 023	100	100	100
<u>Mémorandum</u> Achat de MEG Selon enquête	865	1 146	985	<u>Marge brute</u> 46.0 %	<u>implicite à la</u> 25.4 %	<u>revente</u> 168.6 %
Ventes DRD – CSPS (PADS)		3 964	4 362			

Source : adapté de Impact-Plus, Evaluation des Comités de Gestion (COGES) des Centres de Santé et de Promotion Sociale (CSPS), Rapport au PADS, 2005

Note : basé sur une enquête de 270 COGES dans les 55 districts sanitaires des 13 régions, couvrant 7 CM/CMA, 35 COGES en zones urbaines et semi-urbaines et 228 COGES en zone rurale, sur un total de 987 COGES fonctionnels en 2003 et 1087 à fin 2004. .

3.2 QUI FINANCE ?

Les ménages sont les premiers financeurs. Les *Enquêtes de Conditions de Vie* de 1998 et de 2003 ont fourni un ordre de grandeur qui affiner la perception obtenue à partir des institutions, des textes réglementaires, des budgets et l'observation visuelle.

La part des ménages est supérieure aux 47.9 % qui résulte de la division de la colonne FS.2.2. par l'estimation totale car ils paient une partie des recettes fiscales (FS.1.1.1 non ventilé dans le tableau) et des assurance-groupe (HF.1.2.1 et HF 2.1.2). L'instrument comptable mesure des *moyennes* non des *distributions*.

La part des ménages est plus élevée dans les pays à bas revenus par habitant que dans les pays à revenus plus élevés, mais dans chacun de ces groupes il y a de sensibles différences entre systèmes de santé.

Il est désirable à partir du constat de l'existence de montants ou de parts très élevées d'accompagner les matrices centrales par des matrices annexes, l'information étant

susceptible de corriger un peu les effets de la distribution primaire des revenus (qui se prolonge au travers de systèmes sociaux dont la vocation est de corriger des inégalités).

Le CNS fournit quelques repères de situations pouvant ne pas correspondre à l'intention du législateur et constitue un point de départ pour des matrices additionnelles ou d'autres travaux de réflexion sur les finalités et les résultats des systèmes de santé.

3.3 QUI MOBILISE ?

Les pouvoirs publics et certaines organisations privées (assureurs, ONG, voire entreprises) ont vocation naturelle à créer des coalitions d'acheteurs (objet de davantage d'attention dans le chapitre suivant).

Au quart de financement (26 %) des administrations correspondent 41.2% de la mobilisation des ressources, notamment au travers du reste du monde qui apporte 21 milliards.

Les autres *pools* de financement sont faibles, sauf à considérer que les lacunes mentionnées plus haut en matière de mutualisation du risque (HF.2.1) et d'interventions altruistes (HF.2.4) soient considérables.

Le nombre d'expériences mutualistes ou de solidarité n'est pas négligeable. Aucune information n'a non plus pu être recueillie, telle les ISBL confessionnelles.

Les lacunes constatées ne modifieraient peut-être pas considérablement les failles des mécanismes de protection sociale et ne changeraient peut-être pas considérablement mais un couplage épargne-crédit et/ou de pré paiement peut s'avérer plus important que leur poids financier dans le système. La caisse sociale du Centre Muraz, par exemple, couvre jusqu'à 25 000 francs des risques qui, en moyenne annuelle pour l'ensemble de la population atteignent 8-9.000 francs dans les CSPS, la Mutuelle de la Douane couvre les verres correcteurs jusqu'à 50.000 francs, la mutuelle des agents du Trésor 50 % des ordonnances à concurrence de 100.000 francs, diverses mutuelles 80 % des soins primaires y compris les médicaments génériques pour les enfants de moins de 5 ans jusqu'à six épisodes par an, les mutuelles de santé de quelques villages tels Biba, Guila, Sanrogho, Toma la population du village.

Ces organismes n'atteignent pas la centaine (au début de la décennie, 19 caisses de solidarité, 14 mutuelles, 13 systèmes de prépaiement et 18 le couplages crédit-santé). A la pauvreté qui frappe 46 % de la population s'ajoute le poids des co-paiements : 1,76 milliard de F_{cfa} dans les Directions Régionales selon les estimations du Tableau 6 (2.05 milliards d'après les estimations sous-jacentes du CNS 2003).

Ces estimations convergentes invitent à approfondir le rôle des agents de financement dans le système.

3.4 GAIN DE L'EXERCICE CNS?

Un affinement de la part relative des ménages et une mesure de la part relative des autres fonds, dont la valeur n'était pas transparente.

Une vérification de la part des bailleurs de fonds extérieurs.

Une incitation à pénétrer davantage dans les sources supposées modestes mais peu connues : les formes mutuelles de protection sociale, les organisations non-gouvernementales avec ou sans implantations locales, les jumelages.

Un renforcement de l'incitation à une planification financière multi-annuelle et multi-sectorielle amorcée avec le PNDS et accentuée par la mise en place d'un CMDT sectoriel.

4 CHAPITRE 4 : OÙ SE DIRIGENT LES FONDS MOBILISÉS PAR LES ADMINISTRATIONS, LES MÉNAGES ET LES BAILLEURS DE FONDS ?

Les services de santé prestés dont la valeur totale doit être équivalente par construction à celle des services financés, sont estimés à 136.3 milliards de F_{cf}. Les deux estimations, effectuées en parallèle et indépendamment l'une de l'autre jusqu'à la réconciliation des totaux obtenus, sont sujettes à des insuffisances liées pour l'essentiel à des lacunes dans l'enregistrement des transactions qui prennent place au Burkina.

Quelques doutes se sont exprimés au Chapitre 3 notamment au titre de financements que pourraient assumer les administrations régionales et municipales, les mutuelles et les ISBL, ainsi que quant au contenu de certains programmes regroupés dans une rubrique résiduelle, insuffisances dont le niveau est, par essence, une inconnue. La rubrique résiduelle portait sur 1 à 2 % du financement total mesuré.

Les prestations en santé ont été même ment traquées, mais les repères ont été plus difficiles que pour le financement. **Trois classes d'agents se partagent le financement tel que mesuré : les ménages (49,8 %), les budgets du Ministère de la Santé (24.1 % de ce total), les bailleurs de fonds (21.3 % de ce total), ensemble 95 %.**

La concentration mesurée des biens et services prestés est sensiblement moindre, mais la part résiduelle mal connue sept fois plus importante constitue un défi pour ceux qui gèrent le système de santé « Une superstructure de progrès requiert une infrastructure de transparence ! ».

En l'état, 16 % du financement total s'est dirigé en 2003 vers l'hôpital et 9% seulement vers les soins ambulatoires. Les biens médicaux (en fait, la seule pharmacie) se sont attribués 38 %, la santé publique et les programmes de prévention répertoriés 10 %, la gestion générale en a absorbé autant. Cependant, 14 % de cette dépense n'a pu être ventilé dans la représentation des flux contenue dans le tableau 7, c'est-à-dire 11,1 milliards de F_{cf} de ressources publiques, 6,4 milliards fournis par les bailleurs de fonds extérieurs et 1,1 milliards de fonds des entreprises publiques.

Sous réserve d'erreurs, 116,5 milliards ont été affectés à un prestataire et à une source de financement, très sensiblement plus que tout autre tentative de lisibilité du système de santé burkinabé.

Les faiblesses résiduelles – qu'expliquent largement les lacunes des observatoires en place (SNIS, COGES, et autres) et les contraintes qui ont pesé sur la construction des CNS 2003-2004 en matière d'enquêtes – portent notamment sur l'incomplète couverture des CMA, l'étroitesse de l'échantillon de formations sanitaires privées, le non-recensement de certains centres de soins spécialisés, l'incomplète ventilation des circuits de distribution des biens médicaux pour laquelle l'information d'un circuit à l'autre est présentée de façon assez hétérogène. Les faiblesses résiduelles contrastent paradoxalement avec l'un des apports principaux de l'étude CNS.

La construction de la matrice que comprend le Tableau 7 a requis une mise à plat du SNIS. Un ensemble d'enquêtes qui n'avait pas été entrepris à ce jour a été réalisé, principalement afin de valoriser en termes monétaires l'activité des deux centres hospitaliers universitaires (CHU), parmi les 9 CHU, des CMA publics, d'un certain nombre de cliniques et polycliniques et de l'hôpital Charles de Gaulle. **Cette valorisation a été estimée à 21,7 milliards en 2003, financée à 50,6 % par les administrations. La valorisation des soins ambulatoires (moins complète ainsi qu'il a été mentionné) a été estimée à 12,6 milliards.**

Tableau 7 – Prestataires de services de santé et leur financement, 2003 (en million de F_{cfa})

Agents de financement		HF.1.1.1.2	HF.1.1.1	HF.1	HF.2.1.2	HF.2.3	HF.2.4	HF.2.5	HF.2	HF.3	HF 1 à 9	
Prestataires		Ministère de la Santé	Administrations territoriales	Administrations publiques	Sociétés assurance groupe Privées	Débours Directs des ménages	ISBL mutuelles (sf. assur. sociales)	Sociétés (sauf assurance maladie)	Secteur Privé	Reste du Monde	Ensemble des agents de financement	
HP.1/2	Hôpitaux	10 715	10 753	10 896	700	9 878		79	10 657	85	21 671	16%
HP.1.1	Hôpitaux généraux	10 246	10 284	10 284	699	9 878			10 577	85	20 977	
HP.1.1.1	CHU YO et SS	4 374	4 374	4 374	138	2 334			2 472		6 861	
HP.1.1.2	CHR (9)	3 176	3 176	3 176		4 219			4 219		7 409	
HP.1.1.3	Hôp. district + CMA: Paul VI, NANORO)	2 696	2 734	2 734		3 325	41		3 366	79	6 181	
HP.1.1.3.1	CMA publics (+/-40)	2 696	2 734	2 734		3 325			3 325		6 059	
HP.1.1.4	Polycliniques				561			56	617	6	623	
HP.1.3	Hôpitaux spécialis. (CHUP-CDG)	469	469	469	1			5	6		477	
HP.3	Soins ambulatoires	3 864	3 953	4 006	13	6 655	348	34	7 050		12 542	9%
HP.3.1	Cabinets médecins			19	10				10		29	
HP.3.2	Cabinets de dentistes				3				3		3	
HP.3.3	Autres prof. de santé						8		8		8	
HP.3.4	Centres de soins ambulatoires	2 959	2 959	2 967		6 655	245		6 900		11 353	
HP.3.4.1	Planning familial						245		245		245	
HP.3.4.2	CSP & centres méd.	2 954	2 954	2 954		6 655	3		6 658		11 098	
HP.3.4.3	Centres amb. spéc. sauf VIH/SIDA	5	5	13							13	
HP.3.5	Laboratoires 'analyse & centres diagnostics	834	834	839				34	34		873	
HP.3.5.1	LNSP	834	834	834				34	34		868	
HP.3.5.2	Laboratoires privés											
HP.3.5.3	Cabinets radiologie			5							5	
HP.3.7	Praticiens médecine alternative											
HP.3.8	Banques de sang /CNTS	67	67	67							67	
HP.3.9	Autres prestataires	4	4	16			92		92			

	ambulatoires											
HP.4	Détaillants et autres distributeurs		302	435	1	51 195		89	51 285		51 720	38%
HP.4.1	Pharmacies		302	408		51 195		79	51 274		51 682	
HP.4.1.1	Pharmacies officines											
HP.4.1.2	CAMEG ventes ARV		70	70							70	
HP.4.1.3	Dépôts des hôpitaux											
HP.4.1.4	Dépôts MEG CSPS											
HP.4.1.5	Dépôts privés médic.											
HP.4.2	Optique et autres							10	10		10	
HP.4.4	Appareils thérapeut.			27	1				1		28	
HP.4.5.1	Boutiques médicaments asiatiques											
HP.4.5.2	Vendeurs de rue de médicaments											
HP.5	Santé publ./ prév.	13 607	13 685	13 685						153	13 838	10%
HP.6	Adm. gén. santé & assurance maladie	12 990	12 992	12 993			268		268		13 261	10%
HP.7	Autres prestataires	523	523	523				1	1		525	0%
HP.8	Services sanitaires connexes	1 474	1 474	1 474				424	424	1 117	3 107	2%
HP.9	Reste du monde	1 042	1 044	1 044						20	1 064	1%
HP.nsk	Prestataires nst	9 285	10 954	11 148				1 092	1 092	6 356	18 596	14%
HP.1-9	TOTAL prestataires services de santé	53 500	55 680	56 204	714	67 728	616	1 719	70 777	7 731	136 324	
				41%					52%	6%		

Des 51,7 milliards de dépenses pharmaceutiques recensées, 99 % sont financées par les ménages. La tradipharmacie a pu être estimée par une enquête sous l'égide de la Banque Mondiale ; si l'estimation se trouvait confirmée, les médecines herbales et traditionnelles pourraient représenter près du tiers de sa consommation médicale.

5 CHAPITRE 5 : AU-DELÀ DU CNS 2003 : AMORCE DE PERSPECTIVES

L'*arithmétique politique*, ainsi que l'ancêtre de la comptabilité nationale les appelait, est un chiffrage au service d'une idée force, telle que peut l'être le développement des structures productives, une productivité plus grande de l'appareil social en place, une plus forte équité, un accroissement de la capacité d'intervention des pouvoirs publics. Résumé en une question : les CNS constituent-ils un puissant instrument d'appui au PNDS ? Au sens strict, l'étude dont ce rapport est l'aboutissement visait à la construction de deux des trois matrices centrales de l'outil. Elle ne comprenait pas la mise en place de l'outil, qui est un privilège de l'administration burkinabé, ni une réflexion d'ensemble sur l'utilisation de l'outil comme instrument de planification, de surveillance et/ou d'évaluation. La décision de présenter l'outil dans un atelier très ouvert suggère que cette préoccupation de l'utilisation et des perspectives est forte. Ce bref chapitre est une modeste contribution pour amorcer cette réflexion, qui n'a de sens que si elle est alimentée et prise en mains par les experts et les décideurs burkinabé. L'amorce de cette discussion se partage entre réflexions sur la mise en place proprement dite et l'usage du chiffrage dans l'analyse du financement du système de santé.

5.1 QUELQUES CRITÈRES DE BON USAGE : LE CHOIX D'UN PILOTE

Les approches comptables qui tournent à vide le plus souvent s'épuisent rapidement. La comptabilité d'entreprise constitue un outil de vérification essentiel de sa survie, avertissant par exemple de l'équilibre ou des écarts entre dépenses et recettes.

La comptabilité nationale constitue le socle sur lequel se bâtit le budget de l'Etat. Entreprise ou collectivité publique, le preneur de décision est au centre, ce n'est pas le technicien qui le construit. La construction d'un CNS très avancée, le Burkina peut légitimement poser la question du pilotage.

La Constitution et la pratique de l'Etat largement l'anticipent, qui valident à la fois des structures verticales et de la collégialité. Le CNS 2003 n'existerait pas sans une forte participation de ministères autres que la Santé, notamment ceux des Finances et de l'Economie (DGB, DGCOOP) et de l'INED, au travers d'un montage administratif ad hoc. L'expérience de nombreux pays qui ont précédé le Burkina dans la voie de la comptabilité en santé a été celle d'accoler un Comité Directeur ou Comité de Pilotage, qui comprend des représentants des principales parties prenantes au fonctionnement du système de santé et/ou à l'élaboration du CNS, voir d'une commission large comprenant beaucoup d'acteurs et d'un noyau retenant les administrations dont la participation constitue l'ossature du CNS. L'usage de ces structures collégiales est si répandu que le point n'est mentionné en fait qu'au titre de rappel.

Les fonctions de ce Comité Directeur ou de pilotage sont moins de résoudre des problèmes d'affectation technique ou de double-emploi, fréquents dans cette matière, que de poser les questions prioritaires que les comptables devraient résoudre.

5.2 L'ÉLABORATION D'UN PANIER D'INDICATEURS

Compter, c'est organiser une information quantitative en T ou en matrices.

Cette approche est pour beaucoup aride. Elle conduit naturellement les comptables à produire des indicateurs abrégés, tels la part de différentes composantes dans le total ou le ratio dépenses de fonctionnement (administration générale) / prestations globales.

En marge des deux matrices centrales, quelques pourcentages le rappellent. Une liste étoffée de ces indicateurs pourrait inclure la plupart des questions que le suivi du PNDS pose, ainsi que d'autres préoccupations de gouvernement. Les indicateurs peuvent aussi résumer de virtuelles sous-matrices, par exemple de suivi de chacun des grands programmes de santé publique.

A terme, le compte central comprendrait chacun des grands programmes, chose aisée pour ceux qui sont déjà bien renseignés ou non qu'ils soient bien renseignés (comme le VIH/SIDA) ou en attente de l'être.

Les taux élevés d'incidence du paludisme et les consommations induites par ce fléau en font un candidat naturel à une valorisation particulière. Les dépenses afférant aux grandes priorités (dépenses liées à la santé reproductive – à la réduction de la mortalité maternelle et infantile, ...) constituent au-delà de la synthèse, objet premier de la construction de CNS, des indicateurs pertinents.

La production de chiffres en termes monétaires qui soient le pendant des chiffres en termes physiques du SNIS a constitué dans certains pays une grille de départ.

Trois à quatre grandes matrices constituaient à l'origine le cœur des CNS. Une fois en place les besoins des politiques ont glissé sur les aspects distributionnels des matrices centrales (en amont : qui assume la charge ?, en aval : quels groupes bénéficient ?).

La matrice qui ouvre la porte d'accès aux analyses en aval n'a pas été ouverte. La question n'a pas été éludée par l'équipe, mais déterminée contractuellement pour les travaux effectués en 2005. L'équipe burkinabé sera-t-elle invitée à poursuivre ? Ou, à l'occasion de la prochaine manufacture d'un compte, la question ne se posera-t-elle pas d'assurer la construction de toutes les matrices centrales ?

5.3 ANTICIPATION ET REPRODUCTION

Le premier CNS requiert une mise de fonds lié à la recherche des sources documentaires et à la nécessité d'une codification spécifique, dont le CNS suivant fait très largement l'économie lorsqu'il suit le précédent d'assez près. La structure du financement du système de santé burkinabé – pour moitié financé par les ménages – ne permet un CNS complet qu'à l'occasion d'enquêtes de budget des ménages, mais des comptes légers pourraient émerger presque comme un acte administratif au travers d'un prolongement des réformes de codification des procédures budgétaires et d'enregistrement des apports financiers extérieurs.

Partiellement guidées par des apports extérieurs, les étapes réalisées l'ont été largement en termes de règles de comptabilité publique et de classement économique des transactions ; le supplément apporté par le CNS a notamment porté sur une codification fonctionnelle d'une partie du budget de l'Etat, codification également régie par des principes de finances publiques qui s'intègrent par ailleurs aux règles de la comptabilité macro-économique. Une

codification économique et fonctionnelle simultanée résulterait à vérifier l'évolution d'un cinquième des dépenses en santé virtuellement sans coût.

Il conviendrait, bien entendu, dans cette optique que les comptes des établissements, tels les CHU et CHR, dont la conformité et la participation au service sanitaire sont examinés annuellement indépendamment de l'exercice CNS, soient partie prenante à cette opération qui permettrait de remplir une partie de la matrice HP x HF. Une enquête auprès du millier de COGES, toujours dans le cadre des missions de la comptabilité publique, qui porterait sur quelques postes (ceux du tableau 6 ci-dessus) fournirait virtuellement une ligne dans cette matrice.

Le niveau relatif du CNS 2003 porte témoignage de ce que l'effort d'investissement en santé mais aussi son coût élevé à plus d'un point de PIB % au-dessus du niveau conventionnellement estimé auparavant (il dépasse la moyenne enregistrée par l'Afrique sub-saharienne).

Une sous-estimation des ressources mobilisées par les bailleurs de fonds figure au rang des facteurs explicatifs.

Une exploitation fonctionnelle des fichiers de la DGCOOP, semblable à celle qui s'effectuerait pour le budget, fournirait une information récurrente sur un cinquième du financement.

Les ménages financent presque intégralement les dépenses en pharmacie, qui constituent plus des quatre cinquièmes de leurs débours. Ecartant l'annualisation d'une enquête des budgets des ménages comme trop coûteuse, une alternative ne serait-elle pas une matrice additionnelle s'appuyant sur une enquête auprès de la CAMEG, des répartiteurs et des officines, de l'association nationale des médicaments traditionnels (une centaine de questionnaires) qui fournirait un ordre de grandeur de ce poste.

Ensemble, ces trois sous-comptes déboucheraient sur une actualisation à plus des trois quarts du CNS, que les Directions du Ministère de la Santé intégreraient dans le suivi des politiques dont ils ont la charge, une façon pour le Burkina de s'approprier une technique de suivi proposée internationalement.

5.4 EFFICACITÉ, ÉQUITÉ, PRODUCTIVITÉ

En renseignant sur les grands flux, les CNS n'attirent-ils pas l'attention sur des questions comme un poids relativement élevé des flux de ressources consacrés à l'administration générale? À l'investissement? En la matière, les chiffres agrégés ne permettent pas de répondre à une pondération qui, en termes comparatifs, paraît élevée.

De nombreuses cellules des deux matrices invitent à poser des questions pas tant sur l'utilité des décisions, mais sur le montant des ressources en jeu.

Certaines questions n'émergent qu'après plusieurs « ratissages » des deux matrices.

5.5 DES ATTRIBUTS DES CNS

L'exercice terminé, une priorité n'est-elle d'évaluer le travail en termes des critères de départ.

Les matrices en l'état sont-elles pertinentes pour l'évaluation des politiques passées et la planification des prochaines étapes ? Les matrices sont-elles complètes ou des pans d'activités ne sont-ils pas renseignés ? Le traitement de l'information a-t-il été cohérent ? L'outil pourra-t-il s'utiliser pour des années plus proches ou ne peut-il se développer que pour les années d'EBCVM ?

Jusqu'à quel point pousser la comparaison et garder l'outil international, quels seraient les avantages de le « nationaliser » pour lui donner plus de pertinence ?