



Programme de l'Union européenne pour le Burkina Faso

**ASSISTANCE TECHNIQUE DU PROGRAMME D'APPUI A LA POLITIQUE SECTORIELLE SANTE (PAPS)  
LOT 3 – SUIVI FINANCIER / FINANCES PUBLIQUES**

EuropeAid/133535/D/SER/BF

**Rapport Analytique Final**  
*Etude sur la description des flux financiers vers les prestataires de soins (CSPS et CMA)*

*Mai 2016*



Union Européenne

Fonds européen de développement



GFA Consulting Group GmbH

**Vos interlocuteurs à**

GFA Consulting Group GmbH sont

Joachim Gromotka

Katie Thayer

**Assistance Technique du programme  
d'appui à la politique sectorielle santé  
(PAPS) au Burkina Faso  
Lot 3 – Suivi financier/ finances publiques**

**Burkina Faso**

**Rapport analytique final**

**Etude sur la description des flux  
financiers vers les prestataires de soins  
(CSPS et CMA)**

Présenté par : Olivier Appaix, Adama Traoré, Marion Cros

**Adresse :**

GFA Consulting Group GmbH

Eulenkrogstraße 82

D-22359 Hamburg

Allemagne

Téléphone: +49 (40) 6 03 06 – 411

Télécopie: +49 (40) 6 03 06 – 499

Courriel: [medica@gfa-group.de](mailto:medica@gfa-group.de)

### **Clause de non-responsabilité**

Ce document a été réalisé avec l'aide de l'Union européenne. Le contenu de cette publication relève de la seule responsabilité du < Programme d'appui à la politique sectorielle santé (PAPS) au Burkina Faso Lot 3 Suivi financier/ finances publiques> et ne peut en aucun cas être considéré comme reflétant la position de l'Union européenne.

## Table des matières

<b>RESUME EXECUTIF .....</b>	<b>6</b>
<b>1 CONTEXTE ET JUSTIFICATION .....</b>	<b>10</b>
1.1 Rappel des objectifs de l'étude .....	11
1.2 Démarche méthodologique.....	13
1.3 Limites et contraintes de l'étude .....	13
<b>2 INFORMATIONS ET DONNEES COLLECTEES.....</b>	<b>15</b>
2.1 L'échantillon .....	15
2.2 Données collectées.....	18
2.2.1 Processus de collecte .....	18
<b>3 RESULTATS DE L'ETUDE – ANALYSES.....</b>	<b>22</b>
3.1 Analyse des flux financiers .....	22
3.1.1 Description des ressources financières des formations sanitaires.....	22
3.1.2 Description des dépenses des formations sanitaires .....	28
3.2 Le coût des prestations.....	32
<b>4 DISCUSSION DES RESULTATS.....</b>	<b>40</b>
4.1 Analyse de la gestion des flux au niveau CMA .....	40
4.1.1 Les outils de gestion .....	40
4.1.2 Les crédits délégués .....	40
4.1.3 Les fonds propres .....	40
4.1.4 Le reversement de 15% des recettes de la tarification au trésor : Une mesure discutée.....	41
4.2 Analyse de la gestion des flux au niveau CSPS.....	41
4.2.1 Les fonds propres .....	41
4.2.2 Les crédits transférés.....	41
4.2.3 Les mesures d'ajustement rétrocession : Une péréquation entre fonds propres ? .....	42
4.2.4 Les outils de gestions .....	42
4.3 Equilibre financier des formations sanitaires .....	42
<b>5 CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS .....</b>	<b>46</b>
5.1 Conclusions .....	46
5.2 Recommandations .....	48

### Annexes

Annexe 1 : Termes de référence de l'étude

Annexe 2 : Caractéristiques des formations sanitaires de l'échantillon

Annexe 3 : Réponses aux demandes d'informations des structures

Annexe 4 : Etude du coût des prestations des FS-approche par la comptabilité analytique

## Liste des tableaux

Tableau 1 :	Echantillon des structures enquêtées.....	15
Tableau 2 :	Population couverte par les FS de l'échantillon .....	16
Tableau 3 :	Ressources humaines recensées dans les FS de l'échantillon d'étude .....	17
Tableau 4 :	Financement total des CMA (2012-2014).....	22
Tableau 5 :	Financement des CMA (2014).....	23
Tableau 6 :	Répartition des crédits délégués par CMA (2014) .....	24
Tableau 7 :	Part des crédits délégués dans les financements des CMA (2014) .....	25
Tableau 8 :	Financement comptabilisé dans les CSPS .....	26
Tableau 9 :	Emploi prévu des crédits transférés aux communes pour les CSPS (dépenses courantes 2014).....	27
Tableau 10 :	Répartition des dépenses des CSPS par nature en 2014 .....	28
Tableau 11 :	Bilan 2014 des fonds transférés aux communes dans le secteur de la santé.....	30
Tableau 12 :	Dépenses sur crédits transférés aux communes pour les CSPS (dépenses courantes 2014 .....	30
Tableau 13 :	Dépenses des CMA (2014) .....	31
Tableau 14 :	Coûts complets des formations sanitaires de l'échantillon d'étude.....	32
Tableau 15 :	Quelques indicateurs de comparaison d'efficience (CMA - 2014) .....	37
Tableau 16 :	Coût de la consultation ou de la journée d'hospitalisation selon le service au CMA de Nouna (FCFA, 2014) .....	38
Tableau 17 :	Quelques indicateurs de comparaison d'efficience (CSPS - 2014) .....	39
Tableau 18 :	Solde des financements et des dépenses comptabilisés dans les CMA (2014).....	43
Tableau 19 :	Solde des financements et des dépenses comptabilisés dans les CSPS (2014).....	43

## Liste des figures

Figure 1 :	Dépenses 2014 des CSPS de l'échantillon (FCFA) - telles que comptabilisées dans les FS.....	24
Figure 2 :	Représentation des dépenses par CSPS et par nature en 2014.....	29
Figure 3 :	Poids des différentes natures de dépenses dans les CMA.....	31

---

Figure 4 :	Coûts totaux des CMA rapportés au nombre d'habitants de l'aire d'intervention (FCFA).....	33
Figure 5 :	Coûts totaux des CSPA rapportés au nombre d'habitants de l'aire d'intervention (FCFA).....	34
Figure 6 :	Rapport du nombre d'accouchements enregistrés au CSPA sur la population de la zone de couverture .....	34
Figure 7 :	Taux de contact (sur la base de l'ensemble des consultations) - CSPA 2014 .....	35
Figure 8 :	Coûts totaux rapportés au nombre de journées d'hospitalisation (CMA) - FCFA 2014.....	36
Figure 9 :	Population desservie rapportée aux effectifs des CMA (2014).....	38
Figure 10 :	Taux d'occupation des lits des CMA (2014) .....	38
Figure 11 :	Population desservie rapportée aux effectifs des CSPA (2014).....	39

## Liste des abréviations

<b>AMU</b>	Assurance Médicale Universelle
<b>CD</b>	Crédit Délégué
<b>CID</b>	Circuit Informatisé de la Dépense
<b>CISSE</b>	Centre d'Information Sanitaire et de Surveillance Epidémiologie
<b>CMA</b>	Centre Médical avec Antenne chirurgicale (hôpital de district)
<b>COGES</b>	Comité de Gestion (des CSPS)
<b>CSPS</b>	Centre de Santé et de Promotion Sociale
<b>DAF</b>	Direction de l'Administration et des Finances
<b>DGESS</b>	Direction Générale des Etudes et des Statistiques Sectorielles
<b>DRH</b>	Direction des Ressources Humaines (du MS)
<b>DRS</b>	Direction Régionale de la Santé
<b>DS</b>	District Sanitaire
<b>ECD</b>	Equipe Cadre de District (sanitaire)
<b>ENDIS</b>	Enquête sur les Dépenses Individuelles de Santé
<b>ENDOS</b>	Entrepôt de Données Sanitaires
<b>FBR</b>	Financement Basé sur les Résultats
<b>FS</b>	Formation Sanitaire
<b>ICP</b>	Infirmier/ère Chef de Poste (de CSPS)
<b>MCD</b>	Médecin Chef de District
<b>MEG</b>	Médicaments Génériques
<b>MS</b>	Ministère de la Santé
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>PA</b>	Plan d'Action (des DS, des CMA)
<b>PADS</b>	Programme d'Appui au Développement Sanitaire
<b>PCA</b>	Paquet Complémentaire d'Activité (au niveau des CMA)
<b>PMA</b>	Paquet Minimum d'Activité (au niveau des CSPS et CM)
<b>PTF</b>	Partenaire Technique et Financier
<b>RAF</b>	Responsable Administratif et Financier
<b>RC</b>	Recouvrement des Coûts
<b>SAF</b>	Service Administratif et Financier
<b>SG</b>	Secrétaire Général
<b>TdR</b>	Termes de Référence (Cahier des Charges)
<b>UNICEF</b>	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
<b>UNFPA</b>	Programme des Nations Unies pour la Population

---

## REMERCIEMENTS

L'équipe de consultants en charge de cette l'étude tient à remercier sincèrement toutes les personnes ayant contribué à cet exercice.

L'équipe est reconnaissante pour le temps consacré, les contributions et la collaboration de tous acteurs impliqués : les membres des COGES, les membres des conseils municipaux, les équipes de santé au niveau des CMA, des CSPS, des DRS et des ECD.

Nos remerciements vont tout particulièrement aux membres du PASPS-UE pour tout l'appui technique et leur disponibilité permanente tout au long de la réalisation de la mission d'étude.

## RESUME EXECUTIF

**Contexte et justification :** Malgré les nombreuses initiatives, prises par le Burkina Faso pour l'atteinte des OMD, il persiste un écart important entre les ressources mobilisées et les résultats obtenus. Différentes évaluations et analyses avaient déjà indiqué que la perspective d'atteindre les OMD dans le domaine de la santé restait assez lointaine. Si le niveau de mobilisation des ressources était jugé insuffisant ; il n'en demeure pas moins que le système d'allocation et de gestion rationnelle des ressources mobilisées constitue encore un facteur de contreperformance du système de soins. C'est dans ce contexte que la décision stratégique de mettre en place un appui technique à la DAF/MS pour assurer l'allocation et l'utilisation rationnelle de toutes les ressources financières mobilisées au profit du services de santé a été prise par le Ministère de la santé avec l'appui de l'Union Européenne. L'appui intègre la réalisation des études visant à améliorer l'analyse de l'efficacité de l'utilisation des ressources financières.

C'est dans ce cadre que la présente étude sur les flux financiers des prestataires de soins (CSPS-CMA) a été initiée dans le but d'analyser les flux financiers ascendants et descendants du niveau périphérique afin de tirer des leçons pour améliorer la gestion des ressources financières ; contribuer à l'élaboration en cours de la stratégie nationale de financement de la santé et fournir des données probantes sur l'estimation du coût des prestations dans le cadre de la mise en œuvre de l'AMU.

**Méthodologie :** la collecte des données a été initialement faite essentiellement au cours de la période de janvier à mars 2015. Trois approches ont été utilisées pour cette collecte des données à savoir : l'envoi de questionnaires aux structures, les entretiens individuels, et, devant les difficultés de remontée et de vérification de l'information, au travers des états de trésorerie mensuels des Formations Sanitaires qui ont dû être compilés, et des états financiers publiés dans les Plans d'Action des Districts Sanitaires. Au plan géographique, l'évaluation s'est déroulée dans les 11 districts sanitaires suivant : Batié ; Dandé ; Nouna ; Toma ; Léo ; Bogodogo ; Manga, Dafra ; Boussé ; Sebba et Sapouy.

Au plan temporel, elle a couvert la période de 2012, 2013 et 2014. L'élargissement de la base d'analyse de l'étude au-delà de la période des trois ans permet d'aller au-delà des constats afin de faire des recommandations qui tiennent compte des changements intervenus dans le financement du système de soins ; en particulier la gratuité et le FBR.

L'ensemble des acteurs impliqués aussi bien au niveau central que dans les 8 régions sanitaires ont été couverts par la collecte. Dans chacun des 11 districts sanitaires le CMA a été inclus à l'échantillon d'enquête, ainsi qu'un total de 14 CSPS. Si le nombre de CMA et CSPS avaient été préalablement fixé par les Termes de Référence de l'étude, un choix raisonné a conduit à la sélection des DS et des formations sanitaires (FS) afin d'en retenir un échantillon représentatif de la variété des situations sanitaires du pays. L'échantillon des CSPS a compris 11 FS rurales et 3 urbaines.

Le Burkina Faso comptait, en 2013, un total de 1.606 CSPS (Centres de Santé et de Promotion Sociale) appartenant au niveau primaire de la pyramide sanitaires, et de 45 CMA (Centre Médicaux avec Antenne chirurgicale) publics. L'échantillon représente donc un quart des CMA et 0,9% des CSPS.

La collecte de données a consisté à inventorier l'ensemble des sources de financements et leurs montants, tels qu'enregistrés par les FS, mais aussi les flux financiers émis et reçus au niveau

des communes, et des Equipes Cadre de District (ECD), par lesquels transitent, respectivement, les crédits transférés et les crédits délégués, et à collecter l'ensemble des dépenses encourues par les FS elles-mêmes, mais aussi celles réalisées par les communes et les ECD pour le compte de ces FS, avec les fonds délégués reçus à cet effet, ainsi que les coûts salariaux et les dépenses d'électricité, comptabilisées par le Ministère de la Santé. Ceci a permis de reconstituer le coût global des différentes FS. Ceci devait ensuite pouvoir alimenter un modèle de coûts, développé ad-hoc, qui devait calculer le coût financier du paquet d'activités fourni par les FS. On notera que, au regard des très faibles ressources allouées à l'étude, dont les TdR étaient très ambitieux (l'étude peut être effectivement considérée comme de nature stratégique), il était très difficile de mener à bien l'ensemble des analyses avec un échantillon aussi vaste, réparti sur l'ensemble du pays. Les importantes difficultés de remontée puis de vérification de l'information, inhérentes à ce type de travail, ont rendu le traitement des données très laborieux et complexe.

**Résultats :** Aux termes des analyses, les principales conclusions auxquelles l'étude a abouti sont les suivantes :

**(i) Les choix stratégiques.** La mise en place du dispositif des crédits délégués apparaît pertinente dans un contexte d'innovation dans le circuit des dépenses publiques de même, que les lignes de dépenses financées au niveau périphérique (ECD ; CMA). On note également que le processus est sous-tendu par l'élaboration et la mise en œuvre des plans de passation des marchés mais aussi surtout des rencontres inclusives et nationales de suivi semestriel. Cependant, le principe de la délégation qui sous-tend l'ensemble du processus n'est pas achevé puisque le réaménagement de crédits est contraignant ; toute chose qui bloque l'application de la rationalisation des crédits délégués. Ainsi au vu du volume de la subvention de l'Etat qui passe par la procédure des crédits délégués 71,8%. Il apparaît par ailleurs que le choix de transférer des crédits aux communes au profit des CSPS soulève des difficultés d'effectivité et donc de traçabilité de la dépense au profit des CSPS (moins de 30% des crédits sont reçus par les CSPS) éligibles et du rôle des COGES dans le développement des CSPS. De même, la procédure de déblocage, le montant et le type de dépenses éligible sur les crédits transférés, ne permettent pas d'avoir un impact significatif sur la performance des CSPS. De manière générale, il ressort de cette étude que les CSPS n'investissent que (3%) et paient moins de charges salariales (10%) sur l'ensemble des flux financiers qu'ils reçoivent. Il est à noter que les recettes MEG représentent 61% des ressources propres des CSPS. Les dépenses en MEG représentent quant à elles 72% des dépenses totales.

**(ii) Rôle des acteurs.** Certains acteurs commis à la tenue des outils de gestion, de la comptabilité matière et des rapports mensuels de trésorerie ne peuvent pas jouer pleinement leur rôle soit par insuffisance de niveau d'instruction soit du fait du manque de l'option conceptuelle faite dans les outils de gestion d'imputer de façon rationnelle les dépenses aux unités de soins dans les CSPS et CMA. Ainsi la comptabilité analytique reste à un stade théorique et ne permet pas de disposer de données pour estimer les coûts directs et indirects des prestations. Le pourcentage des flux financiers absorbés par les dépenses de fonctionnement y compris les salaires au niveau des formations sanitaires sont faibles : CMA (36%) et CSPS (25%). Cela pose le problème de l'utilisation des ressources financières reçues par ces FS (soldes de trésorerie importantes). Ainsi l'adoption d'une clé de répartition des réserves s'impose pour plus d'efficacité dans la gestion des ressources mobilisées.

**(iii) Appropriation de la gestion des flux financiers.** Il apparaît de cette étude qu'il y a une bonne appropriation du processus de gestion des flux notamment au niveau des CMA et ECD surtout de la part des acteurs en charge de la gestion financière. Par contre au niveau CSPS la

faible capacité et disponibilité des membres COGES, la faible coordination de la gestion des crédits transférés par les mairies ; ainsi que l'insuffisance du système de rapportage financier exigé par les financiers des districts sanitaires, limitent l'appropriation et, partant, la gestion rationnelle des ressources à ce niveau.

**(iv) Effets quantitatifs.** Avec la gratuité en cours, les crédits délégués, les subsides FBR, et les crédits transférés, il est à penser que la capacité d'autofinancement ainsi que le taux de couverture des besoins de financement vont nettement s'améliorer. Globalement, sur l'échantillon de 25 FS, pour l'année 2014, les financements enregistrés dans les FS (RC, FBR, subventions et apports de partenaires) ont largement excédé les dépenses effectuées qui y ont été comptabilisées. Ainsi, les soldes de trésorerie globaux représentent l'équivalent de +13,9% des 11 CMA, et de +25,4% des 14 CSPS.

**(v) Coûts des paquets d'activité.** L'étude n'a malheureusement pas pu mener un travail aussi analytique que ce qui aurait été souhaitable, en l'absence de comptabilité analytique dans les FS et de difficultés de collecte et de traitement des données recueillies eu égard aux ressources allouées. Mais le rapprochement de la masse de données collectées permet néanmoins d'estimer des coûts complets pour chaque formation sanitaire, de façon globale, et de constater que le coût des prestations semble varier fortement d'une formation sanitaire à l'autre, au sein d'une même catégorie. Ceci tient à une disponibilité de ressources et d'une efficience dans leur usage très variable. Ainsi, les effectifs de personnel par rapport aux standards prévus (qui sont fonction de l'activité attendue et de la population à couvrir), et, pour les CMA, les taux d'occupation des lits, présentent des situations très variables, où le manque de ressources et le faible emploi de celles-ci ressort dans nombre de cas. Certains cas ressortent fortement de ces comparaisons, notamment le CMA de Batié, qui a un coût complet de 3.184 FCFA / habitant (de la zone desservie), soit environ trois fois le ratio moyen des 10 autres CMA, avec, qui plus est, un taux d'occupation des lits de 14% seulement, le plus faible des 11 CMA, alors que le taux standard attendu est de 80%. A ce propos, les CMA de l'enquête ont un taux d'occupation de l'ordre de 46%, avec celui de Sebba en surcharge, à 122% (calculé sur une base de 365 jours ouvrables pour l'hospitalisation). On notera cependant que Batié est le seul dont le ratio de population desservie (ou de couverture) sur les effectifs de personnel soit conforme aux normes du Ministère de la Santé (1.241 pour 1.293).

Pour les CSPS, on constate là aussi de fortes variations d'efficience, mesurée, par exemple, par les taux de contact qui varient de 0,54 (CSPS de Sanga dans le DS de Léo) à 1,79 (Boussoukoula, DS de Batié). Ce dernier est d'ailleurs le seul dont le ratio de population par effectif de personnel soit conforme aux standards prévus (609 pour 625 – soit 8 personnes pour 5.000 habitants), ce qui paraît logique : le taux de contact est d'autant plus élevé que la disponibilité du personnel est importante. Ceci se traduit par des coûts complets, qui sont, par habitant, 2,4 fois plus élevés que la moyenne des 13 autres CSPS (6.306 FCFA contre 2.635 FCFA / habitant de la zone de couverture).

**Recommandations** : les principales recommandations formulées sont les suivantes :

- (i) **Au niveau des outils de gestion** : a) Elaborer un budget propre pour chaque CMA et chaque CSPS afin de pouvoir maîtriser la gestion des flux financiers propres, y compris les crédits délégués ; b) Rendre fonctionnel le système de comptabilité matière au niveau des CSPS et des CMA afin de faciliter l'estimation des coûts par service et le renouvellement du matériel médico technique ; c) Mettre à disposition de carnets de reçus de la gratuité par service en appui aux outils adoptés pour les pilotes au niveau CSPS et CMA afin de faciliter une imputation rationnelle des flux financiers liées aux coûts des prestations gratuites ; d) Systématiser et informatiser la gestion des rapports mensuels de trésorerie des CSPS et centraliser chaque mois ces rapports au niveau de l'ECD afin de faire le bilan annuel du CSPS sur la base de ces rapports.
- (ii) **Au niveau des crédits délégués et des régies d'avance.** a) Redéfinir les dépenses éligibles sur les régies d'avance ainsi que leur montant pour les adapter au contexte du fonctionnement efficient des CMA. b) Transférer certaines lignes de crédits délégués au niveau des régies afin de rationaliser leurs commandes, en tenant compte des besoins effectifs des CMA.
- (iii) **Au niveau des crédits transférés** ; a) Améliorer la promptitude et la qualité des acquisitions en anticipant l'expression de besoins dès la fin de l'année **n-1** et en impliquant les prestataires des CSPS en lieu et place des agents de la DRS dans la commission de réception. b) Réduire le transfert des crédits d'investissement et de fonctionnement d'un CSPS à un autre au nom de la mutualisation, en créant un sous-compte pour chaque CSPS. Dans la mesure où les fonds non absorbés restent dans les comptes de la mairie chaque CSPS pourrait planifier ses dépenses à long terme pour plus de prévisibilité, d'efficience et d'autonomie ; **c)** Intégrer les crédits transférés dans les plans d'action des CSPS et cela pour plus de transparence et d'efficience.
- (iv) **Au niveau des indicateurs de mesure de la performance** des flux financiers CSPS et CMA en tenant compte des missions spécifiques des différents niveaux de prestation ; a) Envisager que des pourcentages soit définis pour le budget de fonctionnement ; les investissements ; les salaires ; le fonds de roulement et les réserves à constituer.
- (v) **Au niveau des réformes en cours en particulier la gratuité** ; étant donné que 15% de la tarification est reversée au trésor et 20% de ces mêmes recettes sont payés sous forme de ristournes au personnel ; alors que le remboursement des prestations se fait sur la base des anciens tarifs subventionnés qui sont faibles vu les coûts estimatifs de la présente étude au niveau CMA, les prestations concernées sont celles qui nécessitent beaucoup des intrants à prix élevés. Ainsi il est important a) d'envisager une réflexion sur le modèle contrôle de gestion à mettre en place pour s'assurer que les coûts de revient de certaines prestations gratuité ne sont pas déficitaires. Par exemple les examens de laboratoires et d'imageries médicales. Si cela se produisait sur le plan de l'analyse financière de la production des prestations ; la « gratuité » pourrait être source de déséquilibres financiers à long terme des CMA.
- (vi) **Au niveau de l'AMU** ; étant donné que les coûts de fonctionnement sont dominés par les dépenses de MEG ; a) fonder le remboursement du CSPS et CMA sur le principe de la capitation répartie comme suit 60% de la prime pour le niveau CSPS et 40% de la prime pour le niveau CMA.

## 1 CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Le Projet d'Appui à la Politique Sectorielle de Santé est une intervention de l'Union européenne en appui au Gouvernement du Burkina Faso avec comme objectif de contribuer à la mise en œuvre du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2011-2020) pour l'amélioration de l'état de santé des populations au Burkina Faso. Il est mis en œuvre à travers deux composantes à savoir, un volet appui budgétaire sectoriel (ABS) et un volet Appui institutionnel. Le volet appui institutionnel qui mobilise l'assistance technique requise, vise à renforcer un ensemble de fonctions clés du Ministère de la Santé aux niveaux central et déconcentré pour une mise en œuvre efficace du PNDS. Il est structuré en 3 lots: (i) Ressources humaines, (ii) Suivi financier et finances publiques, (iii) Suivi-évaluation et approche sectorielle. L'assistance technique en suivi financier et finances publiques est ainsi en place depuis le 27 mars 2014.

Outre la contribution à la réussite globale de l'exécution du PAPS, l'assistance technique en Suivi Financier doit notamment permettre de :

- Appuyer l'allocation et l'utilisation rationnelle des ressources financières dans le cadre du soutien apporté à la Direction de l'Administration et des Finances (DAF) ;
- Renforcer le suivi financier de toutes les sources de financement dans le secteur et améliorer l'analyse de l'efficacité de l'utilisation des ressources financières ;
- Contribuer au renforcement de la Direction de l'Administration et des Finances (DAF) et de la Direction des Marchés Publics (DMP) ;
- Travailler et collaborer avec les autres directions du Ministère et les deux autres Assistants Techniques (Lot 1 et Lot 2) dans le cadre de la mise en œuvre des activités du PAPS programmées dans les devis programmes.

Dans un contexte politique affiché d'accélérer l'application effective de la mise en place de « l'assurance maladie universelle » étant reconnue comme l'action prioritaire sur laquelle le Gouvernement compte axer ses efforts pour une couverture universelle des soins (alors que le système public est encore largement cofinancé par les PTF), il apparaît nécessaire et d'intérêt de collecter et d'analyser le double flux de financement des soins au niveau CSPS et CMA. A savoir i) les flux des fonds/ressources de l'Etat et PTF vers ces structures bénéficiaires (flux descendants) mais également ii) les flux des tiers payants et leur participation au financement du système des soins au niveau CSPS et CMA (flux ascendants).

- Dans le cadre de la décentralisation, compétence est donnée aux autorités communales (Mairies) en matière d'exécution des dépenses de fonctionnement de l'Etat (titre III) des Centres de Santé et de Promotion Sociale (CSPS) urbains et ruraux. C'est pourquoi, dans un contexte de développement du processus de décentralisation, une meilleure connaissance des flux mis à disposition par les autorités du niveau central (MS) ainsi que des processus suivis dans ce cadre que ce soit à partir des « ressources transférées » faites par l'Etat à travers le Circuit Informatisé de la Dépense (CID) ou des ressources propres est importante.
- Dans le cadre de l'application du principe de transparence, responsabilité et redevabilité et dans un objectif d'amélioration de l'efficacité de la dépense, il est nécessaire de:
  - documenter le niveau d'exécution (ou de non-exécution) des différentes lignes budgétaires (titre III) concernées ainsi que les délais constatés dans ce cadre au niveau des Mairies ;

- identifier, estimer et documenter pour chaque type de flux, les dysfonctionnements, le coût du paquet des activités (aux différents niveaux des soins: CSPS et CMA) ;
- analyser l'utilisation finale des fonds/flux mis à disposition au regard de la finalité prévue, le processus de gestion réel par rapport aux procédures prévues ainsi que la transparence dans l'ensemble du processus (information, documentation, justification) ;
- documenter l'impact de ces fonds/flux sur la qualité du service rendu au niveau du bénéficiaire (amélioration de la qualité des soins, recouvrement des coûts, motivation du personnel et réduction des frais de soins/accès aux tarifs, etc.) et a contrario, l'impact des coûts sur la qualité et l'efficacité des prestations au niveau des bénéficiaires ;
- après analyse, formuler des recommandations d'ordre politique ou technique afin entre autres, de renforcer l'efficacité du système de gestion et la transparence en visant l'amélioration de la performance des structures concernées ; par ailleurs, contribuer aux propositions afin d'avancer dans le processus d'une couverture universelle des soins.

**C'est pour répondre à ce besoin que le Ministère de la santé avec l'appui du PAPS-UE a initié la présente étude sur les flux financiers des prestataires de soins (CSPS-CMA)**

## **1.1 Rappel des objectifs de l'étude**

Le cahier des charges de l'étude note que la revue annuelle de la mise en œuvre du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2011-2020) de 2013 a soulevé d'importantes questions concernant l'adéquation entre les montants de financement disponibles et la performance des formations sanitaires et la variabilité de cette performance. Efficacité et équité de l'allocation sont au cœur de l'interrogation à laquelle l'étude doit s'attacher. Ces préoccupations se déclinent, dans les TdR, en deux questions subsidiaires :

- Est-ce que le processus d'acheminement des ressources vers les bénéficiaires garantit l'efficacité de la dépense publique de santé ?
- Est-ce qu'il existe un système de gestion viable au niveau du CSPS et du CMA (basé sur l'équilibre du compte d'exploitation) ?

**L'objectif général de l'étude** est donc « *d'améliorer l'efficacité et la transparence de la dépense publique et des ménages (flux de fonds descendants et ascendants vers les CSPS et CMA) et se faisant, d'améliorer la qualité et l'accessibilité des services offerts.* »

Plus spécifiquement, il s'agira :

- 1) d'évaluer les besoins globaux de financement des CSPS et CMA permettant une offre de service adéquate ;
- 2) de faire des propositions aux autorités (Ministère en charge de la santé, parties prenantes dans le système ainsi qu'autorités en charge de la mise à disposition des fonds) pour améliorer les allocations des ressources ;
- 3) de faire des propositions aux autorités pour améliorer le fonctionnement et la transparence de la gestion au niveau du CSPS et du CMA ;
- 4) de contribuer aux échanges sur les bases de calcul et les modalités de paiement de l'assurance maladie universelle au Burkina Faso.

Cinq (5) domaines de résultats ont été initialement retenus dans le cahier des charges qui ont servi au recrutement des assistants techniques court terme (ATCT). Ces domaines de résultats sont autant d'objectifs ou d'éléments de recherche spécifiques qu'il conviendra donc de traiter en particulier. Ceux-ci comprennent :

- (1) La description exhaustive et détaillée des flux financiers, incluant :
  - a. les crédits délégués pour les CMA,
  - b. les crédits transférés aux communes pour le compte des formations sanitaires de base (CSPS) et,
  - c. les flux en nature sur base de prix standard (valorisés).
- (2) l'analyse des forces et faiblesses et/ou dysfonctionnements dans :
  - a. le système de mise à disposition et de mobilisation des ressources,
  - b. les outils de suivi (outils, procédures, systèmes informatiques) des ressources,
  - c. les outils de gestion (outils, procédures, systèmes informatiques) des ressources,
  - d. les mécanismes de gestion du capital de médicaments et des variations de stocks ;
- (3) l'appréciation de la pertinence des dépenses de santé (coût du PMA et du PCA) au niveau des districts sanitaires (CSPS et CMA) pour assurer :
  - a. le renouvellement des stocks;
  - b. la qualité des soins;
  - c. la gestion du patrimoine;
  - d. la motivation du personnel et proposer des ajustements qualitatifs et quantitatifs ;
- (4) l'estimation empirique et raisonnée des coûts du paquet d'activités à chaque niveau (CSPS et CMA) pour des niveaux de fréquentation donnés.

De ces analyses doivent être tirées des

- (5) recommandations sur les modalités de gestion financières qui permettent aux CSPS et CMA de répondre aux attentes des usagers, d'améliorer leurs indicateurs de performance (transparence et viabilité).

Aux 5 domaines de résultats du cahier des charge originel, un 6<sup>ème</sup> domaine a été ajouté qui porte sur des :

- (6) « recommandations sur les modalités de paiement adéquates de l'AMU, du FBR, des crédits délégués, des crédits transférés, des dons en nature et l'implication des niveaux : district et régional dans ces mécanismes. Ces recommandations devront tenir compte de la possibilité de modifier les actes administratifs du MS qui règlementent le financement des services de santé au niveau CSPS et CMA à cause de leurs superpositions. »

Trois produits spécifiques sont attendus de l'étude (à fournir au Ministère de la Santé) :

1. **Une note méthodologique complétant la conceptualisation** de l'intervention accompagnée des outils de collecte des données, qui seront présentés à la commission thématique « financement de la santé » ;
2. **Une base de données** de l'étude ;
3. **Un rapport de synthèse provisoire** suivi d'**un rapport analytique final** intégrant les commentaires fournis notamment par la DUE et par la Commission Thématique Financement.

## 1.2 Démarche méthodologique

Pour atteindre les objectifs de l'étude tels que décrits ci-dessus, une démarche de mise en œuvre a été définie et décrite dans la Note Méthodologique. Cette note décrit le processus de l'évaluation, ses différentes étapes, et les outils qui doivent être utilisés pour collecter et analyser l'information.

Pour finaliser la phase de mise en place de la méthode, une étape de test des outils de collecte développés a été menée en décembre 2014 dans la Boucle du Mouhoun, incluant la Direction Régionale de la Santé (DRS), le District Sanitaire (DS) de Nouna, avec des visites au CMA de Nouna, à trois CSPS (Communal 1, Sanaba, et Djibasso) et à deux mairies (Nouna et Djibasso).

Cette étape de test a permis d'identifier les types de données disponibles et leurs supports, d'adapter quelque peu les outils de collecte et de vérifier ce qui serait possible de faire sur le terrain. La réunion avec la Direction Régionale de la Santé (DRS) de la Boucle du Mouhoun a notamment permis de relever qu'il serait important que les services administratifs et financiers (SAF) des DRS et des Bureaux administratifs (BAF) des Districts soient fortement impliqués dans l'étude afin de garantir l'exhaustivité des données collectées.

Cette étape a aussi permis de préciser l'échantillon de DS et de Formations Sanitaires (FS) qui seraient finalement retenus pour l'étude, en conformité avec les TdR qui prévoyaient 15 CSPS et 10 CMA. En définitive ce sont 15 CSPS et 11 CMA dans 11 DS qui ont été identifiés. Le chapitre 3.1 décrit cet échantillon.

## 1.3 Limites et contraintes de l'étude

### a) Difficultés d'accès aux responsables des collectivités territoriales.

En raison des évènements politiques de la fin octobre et de début novembre 2014, et la mise en place d'un processus de transition politique devant durer une année, les conseils municipaux ont été dissous en novembre. Les bureaux des maires et des services administratifs et financiers (en dehors des régies) ont été mis sous scellées. De ce fait la capacité de participation des municipalités à l'enquête a été très réduite. Des questionnaires ont malgré tout pu être remplis pour 11 d'entre elles, dont 4 de façon complète.

### b) La non disponibilité des prestataires de soins

La dispersion de l'échantillon à travers le pays a occasionné d'importantes difficultés de collecte. En effet, il faut compter plusieurs échanges directs avec les FS pour s'assurer d'avoir bien recueilli toutes les informations nécessaires. Elles ont été, en effet, souvent fournies de façon incomplète ou difficilement exploitable dans un premier temps. Ceci a amené le consultant chargé de la collecte à reprendre contact à plusieurs reprises avec certaines FS et à retourner plusieurs fois sur place pour compléter les informations recueillies. Par exemple, les données financières étaient souvent incomplètes, surtout pour les CSPS. Il a aussi fallu compléter les données initialement demandées du fait que l'on manquait de certaines informations importantes pour les calculs de coûts, comme par exemple la répartition des ressources humaines et des équipements par service dont on cherchait à élaborer le coût complet. Les Plans d'Action 2015 des CMA et des Districts Sanitaires ont fourni une partie de cette information (mais leur obtention a pris du temps) et tant des appels téléphoniques que des visites complémentaires sur place ont été nécessaires pour obtenir l'information requise. Ceci a considérablement allongé le temps global initialement envisagé pour la collecte.

c) L'insuffisance des ressources allouées à l'étude

Les ressources allouées à l'étude se sont avérées bien insuffisantes pour, d'une part, collecter l'ensemble des données escomptées dans le temps initialement imparti, et, d'autre part, pour pouvoir les traiter complètement. Il a malgré tout été possible de bâtir une base de données et de la compléter avec les informations recueillies auprès des directions centrales, notamment la DRH du Ministère de la Santé pour les données de personnel et les coûts afférents, et la DAF pour des données financières complémentaires, comme les charges d'électricité des FS, car c'est là qu'elles s'avèrent comptabilisées.

d) L'absence de comptabilité analytique tant au niveau des CSPS que des CMA, a constitué une forte contrainte sur la capacité de l'étude à mener l'analyse de coûts du paquet de prestations. En raison de l'absence de répartition des dépenses entre les différents services des FS, et, souvent aussi, de l'absence de l'information de base qui aurait pu permettre la répartition des charges indirectes sur les coûts directs des prestations, il s'est avéré très compliqué de mener cette partie de l'étude. Un modèle de coût a certes été développé, tant pour les CMA que les CSPA, mais il n'a pu être appliqué qu'au CMA de Nouna où toutes les données étaient disponibles.

## 2 INFORMATIONS ET DONNEES COLLECTEES

### 2.1 L'échantillon

L'étude a été menée dans 11 des 63 districts sanitaires (DS) opérationnels du Burkina Faso. Les 11 DS de l'étude sont répartis dans 8 des 13 régions du pays.

Au sein des 11 DS retenus, l'échantillon de formations sanitaires comportait initialement 11 CMA et 15 CSPS. Le CSPA de Niché (DS de Batié), qui est situé dans l'enceinte du CMA, a été finalement supprimé de l'échantillon. Il ne dispose pas de COGES ni de dépôt de médicaments en propre. Parmi les 14 CSPA restant on compte 11 CSPA ruraux et 3 CSPA urbains. Les tableaux de l'Annexe 2 présentent les caractéristiques de base de cet échantillon de Formations Sanitaires (FS).

Dans le tableau suivant, qui présente l'ensemble de l'échantillon de formations sanitaires retenues pour l'étude, les régions, DS d'appartenance et les communes incluses à l'enquête sont indiquées. Les communes des DS où seul le CMA a été retenu n'ont pas été couvertes par l'enquête. Elles sont indiquées seulement pour mémoire, en italique.

Tableau 1 : Echantillon des structures enquêtées

Régions	DS	Communes	CMA	CSPA
Centre	Bogodogo	Arrondissement 5	Bogodogo / Secteur 30	Trame d'accueil du Secteur 30 Gonsé
		Koubri		Nagbangré
Boucle du Mouhoun	Nouna	Nouna	Nouna	
		Djibasso		Djibasso Communal 2 Kamandena
	Toma		Toma	
Hauts Bassins	Dandé	Dandé	Dandé	Dandé
		Koundougou		Mangorotou
		Bama		Samandéni
	Dafra		Dafra	
Sud-Ouest	Batié	Batié	Batié	
		Legmoin		Legmoin
		Boussoukoula		Boussoukoula
Plateau Central	Boussé		Boussé	
Sahel	Sebba		Sebba	
Centre-Sud	Manga		Manga	

Régions	DS	Communes	CMA	CSPS
Centre-Ouest	Léo	Léo	Léo	Secteur 1 Sanga
		To		Beun
	Sapouy		Sapouy	
<b>Totaux</b>	<b>11 DS</b>	<b>12 communes</b>	<b>11 CMA</b>	<b>14 CSPS</b>

L'ensemble de la population couverte par les 11 DS est estimée à 3,2 millions de personnes en 2014/2015, soit environ 17,3% de la population totale du Burkina Faso (tableau ci-dessous).

Tableau 2 : Population couverte par les FS de l'échantillon

District Sanitaire	Formation Sanitaire	Population desservie	Urbain / Rural	
<b>Bogodogo</b>	<b>Région du Centre</b>			
	CMA - Bogodogo / Secteur 30	764 043		
	CSPS - Trame d'Accueil Secteur 30	23 915	urbain	
	CSPS - Gonsé	3 581	rural	
<b>Nouna</b>	CSPS - Nagbangré (Koubri)	20 554	rural	
	<b>Boucle du Mouhoun</b>			
	CMA - Nouna	349 245		
	CSPS - Djibasso	26 298	rural	
<b>Toma</b>	CSPS - Communal 2	14 157	urbain	
	CSPS - Kamandena	7 693	rural	
	CMA - Toma	204 332		
<b>Dafra</b>	<b>Région des Hauts Bassins</b>			
	CMA - Dafra	326 435		
	<b>Dandé</b>	CMA - Dandé	260 577	
		CSPS - Dandé	19 268	rural
CSPS - Mangorotou		7 110	rural	
<b>Batié</b>	CSPS - Samandéni	10 282	rural	
	<b>Région du Sud-Ouest</b>			
	CMA - Batié	91 831		
<b>Boussé</b>	CSPS - Boussoukoula	5 484	rural	
	CSPS - Legmoin	10 561	rural	
<b>Sebba</b>	<b>Région du Plateau Central</b>			
	CMA - Boussé	171 348		
<b>Manga</b>	<b>Région du SAHEL</b>			
	CMA - Sebba	210 885		
	<b>Région du CENTRE-SUD</b>			
	CMA - Manga	311 887		

District Sanitaire	Formation Sanitaire	Population desservie	Urbain / Rural
	<b>Région du CENTRE-OUEST</b>		
Léo	CMA - Léo	272 717	
	CSPS - Secteur 1	27 544	urbain
	CSPS - Sanga	7 331	rural
	CSPS - Beun	10 066	rural
Sapouy	CMA - Sapouy	237 428	
		<b>3 200 728</b>	<i>total 1</i>

Globalement, les 25 FS disposaient, en 2014, d'un personnel total de 1.269 personnes, dont 1.038 sont des agents de l'Etat, payés sur le budget de l'Etat, et 231 des personnels auxiliaires payés sur les recettes propres des FS. Les agents de l'Etat de ces 25 FS représentent de l'ordre de 4,6% de l'ensemble des agents de l'Etat du secteur de la santé, selon les données disponibles auprès de la DRH du Ministère de la Santé.

**Tableau 3 : Ressources humaines recensées dans les FS de l'échantillon d'étude**

DS	Formation Sanitaire	Médecins	IDE	SFE	Autres agents de l'Etat	Personnel auxiliaire	Total RH
	<b>Région du Centre</b>						
Bogodogo	CMA - Bogodogo / Secteur 30	21	35	35	157	47	<b>295</b>
	CSPS - TA 30	0	3	3	15	7	<b>28</b>
	CSPS - Gonsé		1		3		<b>4</b>
	CSPS - Nagbangré (Koubri)	0	2	1	11	10	<b>24</b>
	<b>Boucle du Mouhoun</b>						
Nouna	CMA - Nouna	5	24	16	42	20	<b>107</b>
	CSPS - Djibasso	0	2	2	6	6	<b>16</b>
	CSPS - Communal 2	0	2	2	9	2	<b>15</b>
	CSPS - Kamandena		1		2		<b>3</b>
Toma	CMA - Toma	4	19	17	42	25	<b>107</b>
	<b>Région des Hauts Bassins</b>						
Dafra	CMA - Dafra	8	28	19	28	25	<b>108</b>
Dandé	CMA - Dandé	4	10	11	25	9	<b>59</b>
	CSPS - Dandé	0	2	0	6	5	<b>13</b>
	CSPS - Mangorotou	0	1	1	3	3	<b>8</b>
	CSPS - Samandéni	0	1	0	2	4	<b>7</b>
	<b>Région du Sud-Ouest</b>						
Batié	CMA - Batié	3	13	10	34	14	<b>74</b>
	CSPS - Boussoukoula	0	1	1	4	3	<b>9</b>
	CSPS - Legmoin	0	1	1	3	4	<b>9</b>
	<b>Région du Plateau Central</b>						
Boussé	CMA - Boussé	5	18	14	35	7	<b>79</b>
	<b>Région du SAHEL</b>						
Sebba	CMA - Sebba	3	10	11	9	11	<b>44</b>
	<b>Région du CENTRE-SUD</b>						

DS	Formation Sanitaire	Médecins	IDE	SFE	Autres agents de l'Etat	Personnel auxiliaire	Total RH
Manga	CMA - Manga	5	12	9	51	2	79
	<b>Région du CENTRE-OUEST</b>						
Léo	CMA - Léo	4	12	10	53	8	87
	CSPS - Secteur 1	0	2	4	14	5	25
	CSPS - Sanga	0	0	0	3	3	6
	CSPS - Beun	0	1	0	3	4	8
Sapouy	CMA - Sapouy	2	11	10	25	7	55
		<b>64</b>	<b>212</b>	<b>177</b>	<b>585</b>	<b>231</b>	<b>1 269</b>

Les 11 CMA sélectionnés comptent pour un quart des 45 CMA publics recensés (Annuaire Statistique Santé 2013), et 22% des 50 CMA tous types confondus (données de 2013). Les 14 CSPS comptent pour 0,9% de l'ensemble de 1.606 CSPS publics recensés en 2013.

On notera que l'échantillon ne comporte ni polyclinique ni Centre Médical (CM), qui, globalement, est un CSPS doté d'un médecin.

Les plans d'action (PA) notent tous que les normes en personnel et en équipement ne sont pas remplies dans de très nombreux cas. A titre d'exemples, le DS de Sapouy indique que 52% des FS ne répondent pas aux normes en infrastructures car elles ne disposent pas de dépôts MEG isolés, de logements, de forages, etc. Il est aussi noté que les « infrastructures existantes sont vétustes et demandent à être réhabilitées. » Pour le CMA, le constat est qu'« il manque les services d'imagerie médicale, d'odontostomatologie, d'ophtalmologie, la clôture du CMA et les logements. »

A Sebba, 6 FS publiques de premier échelon sur 13 seulement remplissent les normes en infrastructures sanitaires (un dispensaire, une maternité, un dépôt pharmaceutique, deux logements, des latrines, un forage). Le CMA ne dispose pas d'unité bucco-dentaire ni de service de radiologie. En outre, la « plupart des bâtiments (maternité et bloc opératoire) sont dans un état de dégradation avancée ». Il est noté que « cet état de fait contribue à la démotivation du personnel dans l'exécution de leurs tâches. »

A Toma, le « CMA n'est pas clôturé et ne dispose pas de certaines unités spécialisées telles que l'ORL, l'ophtalmologie et l'odontostomatologie. » Il est noté que la plupart des locaux sont « exigu et vétustes (salles d'hospitalisation, laboratoire) », et que les « incinérateurs du CMA sont en mauvais état rendant difficile l'élimination des déchets biomédicaux. »

## 2.2 Données collectées

### 2.2.1 Processus de collecte

Il a d'abord été procédé à une phase de pré-test des outils de collecte, avec l'appui de la DRS de la Boucle du Mouhoun. Dans le cadre de la collecte des données sur le terrain dans les formations sanitaires, le consultant junior a effectué une sortie de terrain dans les directions régionales de la santé ciblées du 29 décembre 2014 au 31 janvier 2015.

Par la suite il a été procédé à des vérifications et demandes de complément d'informations et de données qui ont permis de récolter davantage d'informations pour l'élaboration de la base de données, l'analyse et les calculs de coûts.

Les données d'activité des FS ont été obtenues auprès de la base de données ENDOS.

Les données de personnel ont été obtenues des FS elles-mêmes, notamment parce que les données demandées concernaient les trois années couvertes par l'enquête. Mais l'on disposait aussi du recensement mené par la DRH à mi-2014 pour compléter en cas de manque de données, ainsi que des Plans d'Action (PA) des Districts Sanitaires pour 2015 et 2016.

Pour les coûts des personnels de l'Etat, l'étude a repris les coûts appliqués dans le projet de budget 2015 du Ministère de la Santé (communiqué par la DRH).

Aux dépenses comptabilisées par la trésorerie des FS, et reprises dans les états financiers (lorsqu'établis), il a fallu ajouter les dépenses d'électricité comptabilisées par le Ministère de la Santé (les factures lui parviennent) ainsi que celles effectuées pour le compte des FS par les ECD avec les crédits délégués et par les municipalités avec les crédits transférés. Ceci a donc nécessité d'obtenir de tous les ECD et de toutes les municipalités le détail de ces dépenses, ce qui n'a pu être complété que début 2016. On a ainsi obtenu une image plus complète de l'ensemble des dépenses liées au fonctionnement des formations sanitaires.

Pour les dépenses en personnel, en dehors des dépenses réalisées directement par les FS pour leur personnel auxiliaire et le versement de primes (ristournes et des primes FBR), les coûts salariaux des agents de l'Etat ont été établis à partir de données budgétaires 2015 fournies par la DRH du MS.

#### **2.2.1.1 Déroulement de la mission de collecte**

##### **a) L'étape de la DRS**

Dans chaque région dont au moins un DS avait été identifié pour l'étude (soit 8 régions sur les 13 que compte le pays – voir tableau 1) une rencontre s'est tenue avec le DRS dans le but de les informer des objectifs de la mission, de leur fournir la liste des DS retenus pour l'étude, de présenter les outils de collecte et de demander son appui pour faciliter l'accueil de la mission dans les districts sanitaires. A cet effet la lettre d'introduction signée par le SG du ministère a été photocopiée et donnée à chaque DRS visitée.

##### **b) L'étape des Districts Sanitaires**

A ce niveau il s'est agi d'introduire les objectifs de l'étude, de remettre les outils à remplir au niveau ECD et CMA, de présenter les outils CSPS, ICP/COGES et de sélectionner avec le MCD trois CSPS dans l'aire du district sanitaire selon les critères retenus dans la note méthodologique, soit deux en milieu rural et un en milieu urbain. En outre ces CSPS devaient couvrir une population suffisante et remplir les normes en personnels, équipements et infrastructures, être ouverts et en état de fonctionnement avant 2012. Ce choix des FS a été opéré par le MCD et le Responsable Administratif et Financier (RAF), en présence du consultant.

##### **c) L'étape des formations sanitaires.**

Avant l'arrivée de la mission les RAF avaient déjà transmis les outils aux ICP d'une part et aux SAF des CMA d'autre part. Ainsi les questionnaires ont été renseignés en partie par les agents et les autres parties ont été remplies avec l'appui du consultant. Quant aux informations manquantes les questionnaires ont été laissés à la disposition des ICP et des SAF pour complément.

Dans les CMA l'outil CMA a été renseigné par les SAF et dans les CSPS deux outils ont été remplis, le premier concernant le CSPS en tant que structure et le second étant adressé aux COGES.

En raison de manques fréquents dans la remontée d'information, surtout financière, des CSPS, les livres de trésorerie ont dû être copiés pour saisie et complément des données.

#### d) L'étape des communes

Le consultant s'est adressé directement aux SG des communes de compétence des CSPS sélectionnés pour introduire le questionnaire relatif à la gestion des crédits transférés. Les SG saisis ont introduit la mission auprès des comptables avec beaucoup de retard compte tenu des passations de service avec les présidents des délégations spéciales qui étaient en cours pendant la période de l'étude. Dans les DS de Batié et de Bogodogo les délais d'obtention des questionnaires ont été très longs.

DS	Communes visitées (12)
Bogodogo	Arrondissement 5 et Koubri
Nouna	Nouna et Djibasso
Dandé	Dandé, Bama et Koundougou
Batié	Batié, Boussoukoula et Legmoin
Léo	Léo et Beune

#### e) L'étape des structures centrales (PADS ; DAF et DGESS)

Les outils PADS et DAF ont été transmis aux responsables des structures concernées. Des rendez-vous ont ensuite été pris pour échanger avec les responsables qui ont indiqués que les services compétents allaient renseigner les outils et les retourner.

#### f) Difficultés rencontrées

1. Lenteur des ICP pour rendre disponible les données et autres rapports au profit de la mission au niveau CSPS, compte tenu de l'insuffisance du système d'archivage des informations ;
2. Indisponibilité des DRS, MCD et RAF dans la semaine du 12 au 17 février 2015 compte tenu des sessions d'adoption des plans d'action ;
3. Lenteur des SG des mairies dans la transmission des données sur les crédits transférés, d'autant que les gestionnaires de mairie n'étaient plus en place en général ;
4. Insuffisance de la dotation en carburant compte tenu des longues distances imprévues à parcourir pour aller dans les CSPS ruraux à l'intérieur des DS.
5. Incohérence des données financières au niveau CSPS du fait de la gestion manuelle des états financiers.

Il a résulté de ceci que les données ont été, dans un premier temps, très incomplètes. Il a donc fallu poursuivre, parfois à distance, le travail de collecte, qui a pris beaucoup plus de temps qu'initialement escompté. Les événements politiques dans le pays ont également contribué à ralentir le travail.

Il a été, dans certains cas, difficile de compléter ou de vérifier et réconcilier les données financières collectées auprès d'un échantillon aussi large de formations sanitaires, et avec très peu de ressources allouées. Les données tirées des livres de trésorerie, des rapports financiers, ont été compilées dans la mesure du possible, mais il a fallu aussi avoir recours aux données publiées dans les Plans d'Action partout où les données collectées par le biais des outils et des visites n'avaient pu fournir une information complète. Du fait que les données financières remontées des FS portaient, en général, sur 2014, il a fallu attendre la disponibilité des PA 2016 pour avoir confirmation des données 2014.

En raison de l'incomplétude voire de l'incohérence des données remontées, surtout pour les CSPS, il a donc fallu recourir à la saisie des rapports mensuels de trésorerie sur 12 mois (2014), qui sont visés par les présidents des COGES et les ICP. Ceux-ci sont en principe fiables au plan comptable. Il n'y a d'ailleurs pas de bilan financier annuel dans les CSPA comme on en trouve dans les CMA. La gestion n'y est pas informatisée. Ces saisies ont ensuite été comparées aux données déclarées dans les Plans d'Actions. Tant que les données concordaient, les données des PA ont été utilisées. Lorsqu'il y avait des discordances, les SAF des CMA et les ICP des CSPA ont été contactés pour les comprendre, et en cas de reconnaissance des erreurs, les données issues des rapports saisis ont été reprises. On a constaté que les flux financiers tendaient à être plus importants dans les rapports de trésorerie que dans les PA.

Par exemple, dans le DS de Batié les données financières étaient de mauvaise qualité pour les deux CSPA (Bousoukoulou et Legmoin). Par contre elles étaient de très bonne qualité pour le CMA. En 2015, cependant, la situation s'est améliorée avec la mise en œuvre du FBR dans le DS de Batié.

Pour les CMA, la source principale des données (2012 à 2014) a été les PA 2015 et 2016. Il a été plus facile de vérifier les données des PA du fait que les CMA disposent d'états financiers annuels. Les données déclarées dans les plans d'action ont ainsi pu être aisément comparées. En cas de différence les SAF ont été contactés, et lorsque la source de l'écart a pu être établie, les données des états financiers annuels ont été reprises, car plus fiables au plan des flux financiers. Par exemple le CMA du secteur 30 à Ouagadougou (DS de Bogodogo) a été déclaré comme étant déficitaire de 25 millions FCFA dans le PA, mais suite aux contrôles effectués sur les données, on a constaté qu'il était excédentaire de près de 45 millions.

### 3 RESULTATS DE L'ETUDE – ANALYSES

#### 3.1 Analyse des flux financiers

##### 3.1.1 Description des ressources financières des formations sanitaires

D'après les données recueillies, les ressources financières parvenant aux CMA et aux CSPS de l'échantillon ont eu tendance à connaître une augmentation globale significative entre 2012 et 2014, voire très rapide pour certaines Formations Sanitaires. Les ressources financières recensées pour l'échantillon des FS enquêtées sont présentées tout d'abord pour les CMA puis pour les CSPS. La même séquence de présentation et de discussion est employée pour les CMA puis pour les CSPS. Un tableau et un commentaire sur les ECD sont intégrés à la partie consacrée aux CMA.

Après une présentation synthétique des principaux constats sur les grandes masses, une série de graphiques (figures 2 à 5) présente l'ensemble des données financières par type de formation sanitaire (CMA puis CSPS).

##### 3.1.1.1 Situation des ressources financières des CMA et ECD

Sur l'ensemble de la période 2012-2014 enquêtée, les recouvrements de coûts ont représenté 54,4% de l'ensemble des ressources financières des CMA, les remboursements des prestations gratuites et de SONU ont compté pour 9,9%, les crédits délégués pour 9,7%, le PADS pour 8,9%, les PTF, de façon bilatérale, ont compté pour 0,1% seulement, et les autres sources de financement (« autres » dans le tableau), pour 16,9%, comprenant essentiellement les apports des ONG. Par exemple, le CMA de Sebba a reçu des appuis financiers importants de la part de l'ONG HELP pour la prise en charge des enfants de 0 à 5 ans, des femmes allaitantes, enceintes et des accouchements, pour un total de 88,7 Millions de FCFA, ou 21,7% de son financement total sur la période.

Tableau 4 : Financement total des CMA (2012-2014)

En FCFA	Crédits délégués	SONU + gratuité	Recouvrement des coûts	PADS	PTF	Autres	Total
CMA Batié	6 250 000	36 748 838	197 472 458	213 328 945			453 800 241
CMA Dafra			109 159 700				109 159 700
CMA Bogodogo	10 286 100	96 054 749	124 170 450			238 969 090	469 480 389
CMA Boussé			17 929 945		4 054 655	528 000	
CMA Dandé	83 060 000		91 785 075				174 845 075
CMA Léo		19 244 070	77 971 185			44 536 810	141 752 065
CMA Nouna		15 386 230	487 484 494			16 592 959	519 463 683
CMA Toma	53 555 224		64 358 465	3 322 700	2 904 150	21 556 330	145 696 869
CMA Sebba	81 106 675	73 261 188	165 153 805			88 743 009	408 264 677
<b>Totaux CMA</b>	<b>234 257 999</b>	<b>240 695 075</b>	<b>1 317 555 632</b>	<b>216 651 645</b>	<b>2 904 150</b>	<b>410 398 198</b>	<b>2 422 462 699</b>

Si les apports des PTF (OMS, Fonds Mondial, UNFPA, UNICEF, etc.) apparaissent très faibles au niveau CMA, par contre, ces financements apparaissent importants dans les plans d'action

des Districts. Par exemple, dans le plan d'action du District de Nouna on note 120 millions FCFA en 2012, dont 49,3 millions accordé par l'UNICEF et 66,3 millions par l'OMS.

### Les flux financiers simples des CMA

Afin d'analyser les flux financiers des CMA de façon approfondie à l'aide de données désagrégées les données de 2014 ont été reprises.

Tableau 5 : Financement des CMA (2014)

Montants en FCFA CMA de :	Recettes MEG	Tarification	Etat	FBR	Autres	Total
SEBBA	2 818 225	2 051 475	18 000 029	0	38 239 440	61 109 169
BATTIE	103 468 928	15 397 791	0	16 617 628	0	135 484 347
LEO	24 229 378	17 366 542	11 996 444	20 914 575	4 477 711	78 984 650
SAPOUY	17 718 125	6 721 250	15 890 313	0	6 343 750	46 673 438
DAFRA	28 231 095	21 666 300	15 723 574	0	2 301 353	67 922 322
TOMA	20 044 205	22 019 216	9 743 436	0	15 821 914	67 628 771
NOUNA	121 878 475	50 866 775	17 748 130	11 738 520	2 757 639	204 989 539
MANGA	21 370 039	21 036 804	0		2 250 000	44 656 843
BOUSSE	12 903 090	5 026 855	4 054 655	0	528 000	22 512 600
DANDE	19 795 732	14 125 260	39 201 000	0	0	73 121 992
BOGODOGO	108 708 520	225 524 720	0	0	14 683 667	348 916 907
<b>TOTAL</b>	<b>481 165 812</b>	<b>401 802 988</b>	<b>132 357 581</b>	<b>49 270 723</b>	<b>49 164 034</b>	<b>1 152 000 578</b>

Selon ces données on note une prédominance des ventes de produits pharmaceutiques dans les flux financiers du niveau CMA avec 42% des recettes ; contre 35% pour la tarification, soit un total de 77% (les trois-quarts) pour les recettes propres (ou « recouvrement des coûts »). Les subventions de l'Etat et les recettes SONU (sous la rubrique « Etat ») ne comptent que pour 11%. En ce qui concerne les subsides du FBR ils sont estimés à 4% des flux financiers en 2014. La part des PTF est de 8%. Toutefois la part du FBR pourrait être supérieure de nos jours car la stratégie était à ses débuts en 2014 dans la plupart des DS sauf Léo et les retards de paiement des subsides ont fait que l'équipe ne pouvait pas prendre ces dettes en compte dans les recettes réelles.

Le CMA de Sebba est un peu une exception dans la configuration des ressources car il bénéficie d'un appui de l'ONG HELP (de l'ordre de 38 millions FCFA par an) qui prend en charge gratuitement les soins délivrés aux enfants de moins de cinq ans et aux femmes enceintes. Ainsi, les recettes propres du CMA ne sont que d'environ 5 millions FCFA au total (dont 2,8 M FCFA de recettes MEG alors que la dépense en 2014 était de 40,4 M), mais, globalement, les financements sont du même ordre que ceux de CMA comparables en volume et structure d'activité, comme celui de Léo par exemple.

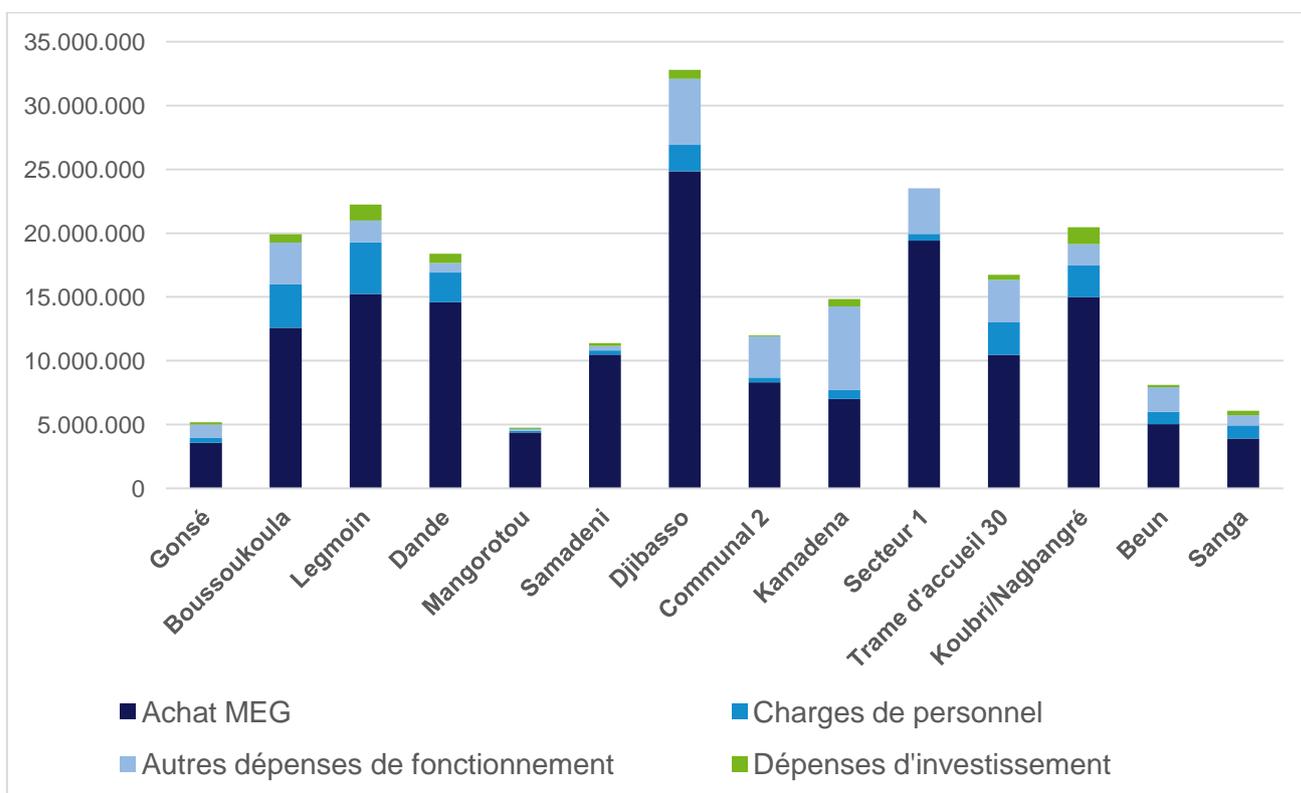


Figure 1 : Dépenses 2014 des CSPPs de l'échantillon (FCFA) - telles que comptabilisées dans les FS

### Les flux financiers intégrant les crédits délégués en 2014

Les crédits délégués sont des fonds mis à disposition des ECD pour le compte des CMA. Ils sont essentiellement dépensés par les ECD qui acquièrent des biens et des services pour les CMA.

Tableau 6 : Répartition des crédits délégués par CMA (2014)

(montants en FCFA) DS de :	Dotation	Dépense	Montant payé au CMA	% alloué au CMA
BATIE	59 239 000	51 954 492	42 269 372	81%
BOGODOGO	101 420 000	100 742 588	80 077 899	79%
BOUSSE	45 007 000	44 894 898	32 562 270	73%
DAFRA	64 458 000	53 557 222	35 649 244	67%
DANDE	57 761 000	57 155 106	36 630 706	64%
LEO	50 070 000	47 998 616	36 914 959	77%
MANGA	67 293 000	67 147 759	50 436 798	75%
NOUNA	61 248 000	59 271 706	39 079 830	66%
SAPOUY	42 195 000	34 797 694	28 339 032	81%
SEBBA	51 773 000	51 266 731	36 702 228	72%
TOMA	63 100 000	50 228 007	36 090 345	72%
<b>Total</b>	<b>663 564 000</b>	<b>619 014 819</b>	<b>454 752 682</b>	<b>73%</b>

On constate que les trois-quarts des crédits délégués sont alloués au profit des CMA. Dans les CMA de Sapouy et de Batié plus de 80% des crédits sont transférés aux CMA. Cela est dû aux dépenses des groupes électrogènes compte tenu du manque d'électricité en son temps.

Tableau 7 : Part des crédits délégués dans les financements des CMA (2014)

(Montants en FCFA) CMA de :	RECETTES	Crédits Délégués	TOTAL	% des CD
SEBBA	61 109 169	36 702 228	97 811 397	38%
BATTIE	135 484 347	42 269 372	177 753 719	24%
LEO	78 984 650	36 914 959	115 899 609	32%
SAPOUY	46 673 438	28 339 032	75 012 470	38%
DAFRA	67 922 322	35 649 244	103 571 566	34%
TOMA	67 628 771	36 090 345	103 719 116	35%
NOUNA	204 989 539	39 079 830	244 069 369	16%
MANGA	44 656 843	50 436 798	95 093 641	53%
BOUSSE	22 512 600	32 562 270	55 074 870	59%
DANDE	73 121 992	36 630 706	109 752 698	33%
BOGODOGO	348 916 907	80 077 899	428 994 806	19%
<b>TOTAL</b>	<b>1 152 000 578</b>	<b>454 752 683</b>	<b>1 606 753 261</b>	<b>28%</b>

Nb. Bien que plus de 75% des crédits délégués financent les CMA ; on constate que la part des crédits délégués dans le financement des CMA reste faible ; soit en moyenne 28%. Seul les CMA de Manga et de Toma franchissent le taux de 50%.

Ces taux sont insuffisants pour influencer significativement le niveau de fonctionnement des CMA. Toutefois on peut noter comme atout des crédits délégués le fait que le volume des ressources de l'Etat alloués au CMA qui passent par le système des crédits délégués (28%) est supérieur au volume de la subvention de l'Etat qui passe par la procédure classique du budget général (11%). Il en résulte que les crédits délégués en tant que mode de financement des CMA représentent 71,8% du transfert de la subvention de l'Etat.

### 3.1.1.2 Situation des ressources financières des CSPS

Sur l'ensemble de la période 2012-2014 enquêtée, les recouvrements de coûts ont représenté l'essentiel des ressources financières collectées par les CSPS, soit 81,9% de l'ensemble de leurs ressources financières. Les crédits transférés des mairies n'ont compté que pour 1,4% (de l'ordre de 4 millions par an au total pour les 14 CSPS de l'échantillon pour lesquels des données ont été récoltées), et les remboursements des prestations gratuites et de SONU pour 0,7%. On trouve quelques financements du PADS (1%) – pour le CSPS de Beun en 2012 (3,7 millions) essentiellement, et les autres sources de financement (« autres » dans le tableau), pour 7,1%, comprenant presque intégralement des apports de 17 millions par an au CSPS de Nagbangré (commune de Koubri ; dans le DS de Bogodogo). Cet apport vient d'une ONG (« Libres de la Faim » - Freedom from Hunger). On note aussi que 1,8% des apports sont comptabilisés comme « crédits délégués », donc en principe transférés par les ECD.

Selon les données disponibles une analyse approfondie des ressources des CSPS a été menée pour l'année 2014.

## Les flux financiers simples des CSPS

Tableau 8 : Financement comptabilisé dans les CSPS

Nom du CSPS	RECETTES MEG	RECETTES TARIFICATION	RECETTES ETAT	FBR	AUTRES	Total
GONSE	4 095 775	609 250			468 357	5 173 382
BOUSSOUKOULA	16 465 885	1 460 850	1 909 090	1 783 200	7 361 041	28 980 066
LEGMOIN	19 363 460	1 014 500	1 979 430	3 396 800	10 310 433	36 064 623
DANDE	15 287 350	2 768 750			7 396 194	25 452 294
MANGOROTOU	5 511 412	562 963				6 074 375
SAMANDENI	13 176 610	1 346 916				14 523 526
DJIBASSO	29 261 808	1 588 250			7 000 640	37 850 698
COMMUNAL 2	9 635 251	1 251 155			8 651 405	19 537 811
KAMANDENA	9 230 768	1 114 675			13 384 620	23 730 063
SECTEUR 1	16 259 325	689 500			11 239 515	28 188 340
BEUN	6 697 309	924 700			3 848 095	11 470 104
TRAME D'ACCUEIL 30	11 821 960	2 042 300	1 767 788		515 910	16 147 958
KOUBRI/NAGBANGRE	14 226 654	2 244 450	2 850		14 014 737	30 488 691
SANGA	4 585 106	448 050			1 383 434	6 416 590
	<b>175 618 673</b>	<b>18 066 309</b>	<b>5 659 158</b>	<b>5 180 000</b>	<b>85 574 381</b>	<b>290 098 521</b>

On constate une prédominance des recettes de produits pharmaceutiques dans les recettes des CSPS. En effet les ventes de MEG représentent 60,6% des ressources des CSPS. Les recettes de la tarification n'en représentent que 6%. Quant au flux venant de la subvention de l'Etat il est plus faible soit 2%. Il en est de même pour le FBR avec 2% également. Par contre les flux provenant des PTF sont importants (29,5%), contrairement aux CMA (0,1%). Ce taux des PTF est important dans les flux financiers où il est de 8%.

### Les flux financiers des CSPS intégrant les crédits transférés

Depuis 2012, dans le cadre de la décentralisation ou délégation des moyens (voir notamment le Décret n°2009-108/PRES/PM/MATD/MEF/MS du 3 mars 2009 portant transfert de compétences et des ressources de l'Etat aux communes dans le domaine de la santé), les 351 communes du pays doivent recevoir des fonds, versés par le Ministère de l'économie des Finances, au profit des formations sanitaires de base (les CSPS selon les textes). Deux arrêtés annuels fixent les montants à transférer. L'un pour les dépenses d'investissement, l'autre pour les dépenses de fonctionnement ou récurrentes. L'arrêté interministériel n°2014-0229/MEF/MARD/MS, par exemple, porte sur la répartition de 1.747.956.321 Francs CFA de ressources financières à transférer en 2014 aux communes, au titre des dépenses de fonctionnement des FS, « en accompagnement des compétences transférées dans le domaine de la santé ». L'arrêté ministériel n°2014-0230/MEF/MARD/MS, fixe, lui, le montant à transférer aux communes au titre des dé-

penses d'investissement des FS de base, soit un total de 3.732.000.000 FCFA. Au total, ce sont donc 5.479.956.321 FCFA qui devaient être transférés aux communes depuis l'Etat pour cofinancer les dépenses des formations sanitaires de base.

Les montants identifiés pour cofinancer les dépenses courantes sont ensuite répartis par commune en fonction du nombre de CSPS urbains et ruraux sur leur territoire. Les montants à verser aux communes sont fixés par les arrêtés, sachant qu'un CSPS de commune urbaine devait, en 2014, recevoir 1.299.700 FCFA au titre des dépenses de fonctionnement, et un CSPS de commune rurale 1.240.709 FCFA. Une indication de l'emploi exact de ces fonds est également fournie dans l'arrêté, selon les barèmes indiqués dans le tableau ci-dessous.

**Tableau 9 : Emploi prévu des crédits transférés aux communes pour les CSPS (dépenses courantes 2014)**

N° d'ordre	Rubriques	Montant commune rurale (FCFA)	Montant commune urbaine (FCFA)
1	Carburant pour évacuation sanitaire	78 735	
2	Gaz pour chaîne de froid	144 000	20 000
3	Autres sources d'énergie	72 000	14 400
4	Fournitures de bureau	35 900	71 800
5	Matériel et produits d'entretien	85 500	85 500
6	Matériel de protection	58 500	181 000
7	Petit matériel médico-technique	150 000	150 000
8	Imprimés spécifiques	128 074	240 000
9	Médicaments et consommables médicaux	180 000	240 000
10	Entretien véhicules	228 000	152 000
11	Entretien et réfection bâtiments	80 000	145 000
	<b>Totaux</b>	<b>1 240 709</b>	<b>1 299 700</b>

Il est arrivé avant le virement des crédits transférés que certains ECD aient financé des CSPS sur la base des crédits délégués ; mais la pratique a cessé depuis le démarrage effectif des systèmes de transfert des crédits aux communes.

Selon les indications fournies par les mairies, cependant, les CSPS reçoivent des fournitures et petits équipements acquis par elles à l'aide des fonds transférés, pour leur compte. Ceci ne se traduit pas dans les données de financement des FS.

Par exemple, la Commune de Batié qui est dans l'échantillon de l'étude, indique qu'elle a reçu, au titre des dépenses de fonctionnement, 3.720.327 FCFA en 2013 et en 2014, et qu'elle en a reversé 1.737.302 FCFA et 1.695.851 FCFA respectivement aux CSPS de son ressort. Les soldes ont donc, en principe, été mobilisés par la commune directement pour effectuer des achats pour leur compte, concernant leurs dépenses récurrentes. Cependant, le CSPS de Niché n'indique pas, lui, avoir reçus de crédits transférés par la mairie dans les informations qu'il a communiquées. Il n'y avait pas eu de transferts pour dépenses en capital, alors qu'en 2012 les transferts (4.000.000 FCFA) étaient intégralement pour des dépenses de capital (voir tableau ci-dessous tiré de la fiche de recueil d'informations).

La commune de Bama dans les Hauts-Bassins, qui comprend le CSPS de Samandéni, indique des montants reçus de 11.646.360 FCFA en 2013, pour un reversement de seulement 1.058.760 FCFA aux CSPS de son ressort, et des achats (non valorisés dans le document de recueil d'information) de « petits matériels médico-techniques », « gaz butane », « autres sources d'énergie » et de « fournitures, etc. »

Pour les CSPS, les ressources sont donc très largement constituées des recouvrements de coûts. Les crédits transférés depuis les mairies sont de très faibles montants, en numéraire en tout cas.

Dans l'analyse du coût du paquet d'activité des CSPS (partie 3.2) les crédits transférés sont repris, en plus des dépenses comptabilisées directement dans les FS.

### 3.1.2 Description des dépenses des formations sanitaires

#### 3.1.2.1 Analyse des dépenses au niveau CSPS

##### Description des flux de dépenses comptabilisés par les CSPS (hors crédits transférés et crédits délégués)

Pour l'analyse des dépenses, celles-ci ont été classées en quatre postes principaux : achats de médicaments essentiels, salaires versés aux personnels contractuels payés sur les ressources propres de la formation sanitaire, les autres dépenses de fonctionnement et les dépenses d'investissement.

Tableau 10 : Répartition des dépenses des CSPS par nature en 2014

Dépenses en FCFA	Achat MEG	Charges de personnel	Autres Dépenses de Fonctionnement	Investissement	Total
<b>CSPS de :</b>					
Gonsé	3 581 662	412 000	1 010 120	169 600	5 173 382
Boussoukoula	12 578 373	3 418 000	3 262 515	647 150	19 906 038
Legmoïn	15 232 155	4 046 610	1 702 635	1 247 600	22 229 000
Dandé	14 576 547	2 327 620	754 475	721 450	18 380 092
Mangorotou	4 378 621	142 626	137 872	95 084	4 754 203
Samandeni	10 478 637	341 324	329 946	227 549	11 377 456
Djibasso	24 846 590	2 062 416	5 184 578	704 180	32 797 764
Communal 2	8 306 554	385 000	3 228 509	62 925	11 982 988
Kamandena	7 010 619	717 250	6 535 925	570 650	14 834 444
Secteur 1	19 418 121	516 300	3 570 245		23 504 666
Trame d'accueil 30	10 454 020	2 561 285	3 328 680	390 850	16 734 835
Koubri/Nagbangré	14 975 403	2 481 820	1 675 100	1 322 600	20 454 923
Beun	5 046 422	963 500	1 924 386	186 710	8 121 018
Sanga	3 907 263	1 031 006	799 530	334 850	6 072 649
<b>Total</b>	<b>154 790 987</b>	<b>21 406 757</b>	<b>33 444 516</b>	<b>6 681 198</b>	<b>216 323 458</b>

Selon ces données les dépenses comptabilisées par les CSPS restent dominées par les dépenses de médicament soit en moyenne 72% des dépenses totales. Le CSPS du secteur 1 de Léo atteint un pic de 83% de dépenses en MEG.

Le second poste de dépenses est constitué des dépenses de fonctionnement qui absorbent en moyenne à 15% des flux. La part des salaires, qui payent les personnels contractualisés par les

FS elles-mêmes, représentent 10 % en moyenne. Le plus faible poste est constitué des investissements qui absorbent à peine 3% des dépenses des CSPS. Les CSPS investissent très peu de leurs ressources propres dans les équipements et les immobilisations. Cela est justifié par la priorité accordée à la disponibilité constante des MEG.

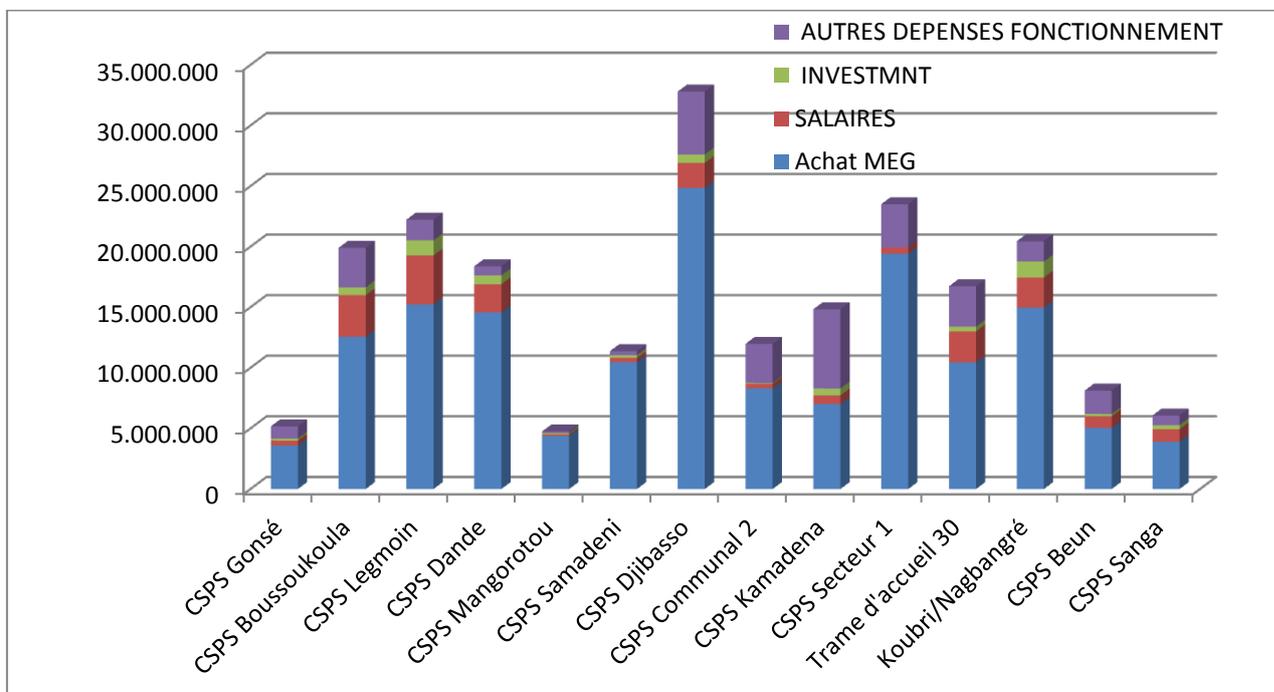


Figure 2 : Représentation des dépenses par CSPS et par nature en 2014

### Les dépenses sur les crédits transférés

En plus de leurs propres dépenses, les CSPS bénéficient des dépenses sur crédits transférés, versés aux communes. Dans l'ensemble de l'échantillon, les données collectées indiquent qu'ils sont essentiellement dépensés par les communes pour le compte des FS, en achats divers, comme indiqué plus haut, y compris des dépenses de réhabilitation et d'équipement.

**Tableau 11 : Bilan 2014 des fonds transférés aux communes dans le secteur de la santé**

(Montants en FCFA) Régions	Communes	Exécution 2014		taux d'exécution
		Montant Prévu	Montant Exécuté	
Boucle du Mouhoun	Dokuy	5 031 460	5 031 460	100%
	Nouna	11 187 194	11 187 194	100%
	Djibasso	6 037 752	6 037 752	100%
Hauts Bassins	Bama	12 407 090	10 062 920	81%
	Dandé	2 481 418	2 012 584	81%
	Koundougou	3 722 127	3 018 876	81%
Sud-Ouest	Batié	3 018 876	2 586 876	86%
	Boussoukoula	2 012 584	2 012 584	100%
	Legmoin	2 012 584	1 847 971	92%
Centre-Ouest	Léo	21 762 812	7 900 154	36%
	To	11 044 752	6 515 825	59%
Centre	Koubri	9 925 672	8 050 336	81%
	Bogodogo	2 599 400	2 599 400	100%

Source : Ministère de la Décentralisation. Direction de l'appui au développement territorial.

D'une manière générale les taux d'exécution des crédits transférés sont faibles au niveau des communes et les CSPS ne bénéficient pas à temps des crédits transférés depuis 2014. Par exemple jusqu'au 24 Avril 2016 certains CSPS du DS de Dandé attendaient toujours les fournitures sur crédits transférés de 2015.

**Tableau 12 : Dépenses sur crédits transférés aux communes pour les CSPS (dépenses courantes 2014)**

rubrique	Alloué	Dépenses par CSPS										
		Djibasso	kama	Dandé	Mang	Samend	Boussc	Legmoi	Sang	Beun	Nagba	Gonse
Carburant pour évacuation sanitaire	78735	34368	0	78735	0	78735	0	3020	0	0	0	0
gaz pour chaîne de froid	144000	0	125000	144000	0	144000	0	144000	0	0	0	0
autres sources d'énergie	72000	0	0	72000	0	72000	0	30000	0	0	0	0
fournitures de bureau	35900	0	0	35900	0	35900	0	35900	0	0	0	0
matériel et produits d'entretien	85500	0	0	18000	0	18000	0	18000	0	0	0	0
matériel de protection	58500	0	0	58500	0	58500	0		0	0	0	0
petit matériel médico technique	150000	0	0	140501	0	140501	0	150000	0	0	0	0
imprimés spécifiques	128074	0	0	128074	0	128074	0		0	0	0	0
médicaments et consommables	180000	0	0	180000	0	180000	0	180000	0	0	0	0
entretien véhicules	228000	0	0	228000	0	228000	0	228000	0	0	0	0
entretien et refecton batiments	80000	0	0		0		0	80000	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>1240709</b>	<b>34368</b>	<b>125000</b>	<b>1004975</b>	<b>0</b>	<b>1004975</b>	<b>0</b>	<b>868920</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

Nb. Les CSPS à montant faible ou nul sont ceux qui n'ont pas reçu de fourniture en 2014 mais en 2015. En clair les dépenses ne se rattachent pas à l'exercice 2014. La cause en est le manque d'information des CSPS par les mairies sur la disponibilité des crédits; le retard de certains CSPS dans l'expression des besoins; la lourdeur de la procédure de passation des marchés; le manque de soumissionnaire au marché en zone rurale; et les livraisons tardives par les attributaires.

### 3.1.2.2 Analyse des flux financiers de dépenses au niveau CMA (2014)

Tableau 13 : Dépenses des CMA (2014)

Dépenses en FCFA	Achat MEG	%	Charges de personnel	%	Autres dépenses de fonctionnement	en %	Investissements	en %	Total
CMA de :									
SEBBA	46 244 713	78	1 200 000	2	7 915 100	13	4 025 450	7	59 385 263
BATTIE	75 082 198	68	3 288 000	3	23 527 112	21	7 714 400	7	109 611 710
LEO	23 943 435	32	6 963 817	9	30 459 975	41	12 312 755	17	73 679 982
SAPOUY	15 784 438	46	2 005 188	6	15 268 702	44	1 324 460	4	34 382 788
DAFRA	26 592 847	46	12 804 710	22	12 849 580	22	5 326 522	9	57 573 659
NOUNA	120 085 438	65	22 387 747	12	33 465 741	18	7 604 429	4	183 543 355
TOMA	29 250 783	65	6 793 016	15	8 987 638	20	189 500	0	45 220 937
MANGA	51 976 923	82	7 797 708	12	2 125 810	3	1 616 486	3	63 516 927
BOUSSE	14 665 482	77	2 096 095	11	2 226 692	12	71 500	0	19 059 769
DANDE	15 085 338	21	2 758 992	4	37 270 000	53	15 292 953	22	70 407 283
BOGODOGO	146 456 009	53	58 929 895	21	49 551 477	18	20 903 885	8	275 841 266
<b>Total</b>	<b>565 167 604</b>	<b>57%</b>	<b>127 025 168</b>	<b>13%</b>	<b>223 647 827</b>	<b>23%</b>	<b>76 382 340</b>	<b>8%</b>	<b>992 222 939</b>

Le constat montre une prédominance des dépenses de Médicaments, soit 57% des dépenses en moyenne. Ce poste est suivi des dépenses de fonctionnement, soit 23%. Sur les 11 CMA de l'échantillon les salaires versés au personnel contractuel représentent en moyenne 12.8%. Par contre l'investissement reste faible avec 8% des dépenses, ce qui est un taux très supérieur, cependant, à celui enregistré pour l'échantillon des 14 CSPS où il est de 3%.

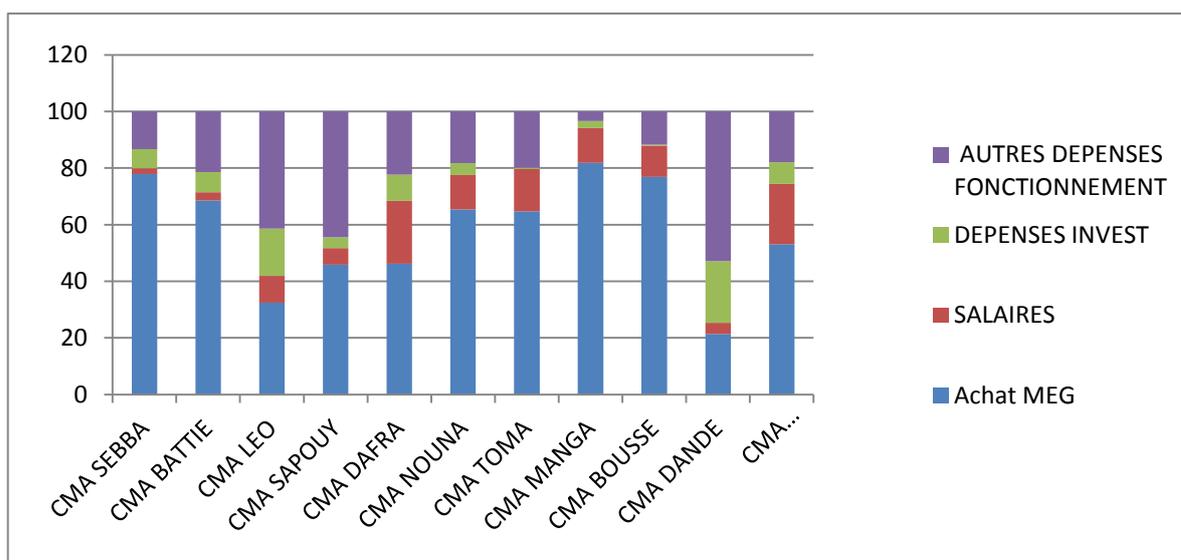


Figure 3 : Poids des différentes natures de dépenses dans les CMA

### 3.2 Le coût des prestations

Pour estimer le coût total du fonctionnement des formations sanitaires retenues pour l'étude, aux dépenses enregistrées dans les FS ont été ajoutées celles effectuées par les communes et les ECD pour leur compte, les dépenses d'électricité qui sont comptabilisées et payées par le Ministère des Finances pour les FS, ainsi que le coût salarial des personnels d'Etat. Lorsque l'on procède ainsi, le coût global des 25 FS de l'échantillon atteint 4.394 millions FCFA.

62% de ce coût global ou « complet » sont constitués par les charges de personnel, qui réunissent les coûts salariaux et autres des agents de l'Etat (58,5%) ainsi que les coûts des personnels auxiliaires recrutés et payés directement par les FS sur les fonds qu'elles génèrent ou qu'elles reçoivent, comme analysé plus haut (3,4%). L'ensemble des dépenses courantes, hors médicaments et autres consommables, comptent pour 19,2% et les médicaments et autres consommables comptent pour 18,9%. Le poids des charges de personnel est conforme à ce qu'on peut constater en général dans les activités de service de santé.

**Les coûts totaux par FS sont présentés dans le tableau ci-dessous.**

**Tableau 14 : Coûts complets des formations sanitaires de l'échantillon d'étude**

DS	FS	Dépenses 2014 enregistrées à la FS	Dépenses d'électricité (Etat)	Dépenses des communes ou ECD sur crédits transférés ou délégués	Coûts salariaux estimés (Etat)	Coûts Totaux
BOGODOGO	CMA	275 841 266	72 793 001	64 532 163	586 998 408	<b>1 000 164 838</b>
BOGODOGO	TA 30	16 734 835	3 424 705	1 299 700	46 211 832	<b>67 671 072</b>
BOGODOGO	Gonsé	5 173 382		0	7 089 000	<b>12 262 382</b>
BOGODOGO	Nagbangré (Koubri)	20 454 923	4 157 909	0	36 000 984	<b>60 613 816</b>
BATIE	CMA	109 611 710	4 500 000	35 799 011	142 501 536	<b>292 412 257</b>
BATIE	CSPS Boussoukoula	19 906 038		0	14 676 948	<b>34 582 986</b>
BATIE	CSPS Legmoïn	22 335 830		868 920	14 340 540	<b>37 545 290</b>
DANDE	CMA	70 407 283	19 000 000	30 341 127	125 104 044	<b>244 852 454</b>
DANDE	CSPS 1 / Dandé	18 380 092		1 083 710	20 036 820	<b>39 500 622</b>
DANDE	CSPS Mangorotou	4 754 203		0	13 168 776	<b>17 922 979</b>
DANDE	CSPS Samandéni	11 377 456		1 083 710	10 267 884	<b>22 729 050</b>
DAFRA	CMA	57 573 659	29 110 977	24 962 254	232 486 644	<b>344 133 534</b>
NOUNA	CMA	183 543 355	26 204 978	26 505 054	215 214 960	<b>451 468 347</b>
NOUNA	CSPS Djibasso	32 797 764		34 368	26 337 552	<b>59 169 684</b>
NOUNA	CSPS Communal 2	11 982 988		750 000	26 175 012	<b>38 908 000</b>
NOUNA	CSPS Kamandéna	14 834 434		125 000	4 524 516	<b>19 483 950</b>
TOMA	CMA	45 220 937	8 385 964	25 974 028	208 388 616	<b>287 969 545</b>
LEO	CMA	73 944 482	13 286 953	29 452 943	200 838 240	<b>317 522 618</b>
LEO	CSPS Secteur 1	46 064 287	1 949 694	0	42 360 132	<b>90 374 113</b>
LEO	CSPS Sanga	6 072 649		0	8 039 808	<b>14 112 457</b>
LEO	CSPS Beun	8 121 018		0	11 776 056	<b>19 897 074</b>
BOUSSE	CMA	19 059 769	19 222 239	25 806 663	173 991 828	<b>238 080 499</b>

DS	FS	Dépenses 2014 enregistrées à la FS	Dépenses d'électricité (Etat)	Dépenses des communes ou ECD sur crédits transférés ou délégués	Coûts salariaux estimés (Etat)	Coûts Totaux
SEBBA	CMA	59 385 263	6 000 000	28 743 420	98 756 832	192 885 515
MANGA	CMA	63 516 927	15 572 187	42 071 307	175 544 496	296 704 917
SAPOUY	CMA	32 934 547	5 250 000	24 932 472	130 076 184	193 193 203
<i>Totaux CMA :</i>		<b>991 039 198</b>	<b>219 326 299</b>	<b>359 120 441</b>	<b>2 289 901 788</b>	<b>3 859 387 726</b>
<i>Totaux CSPS :</i>		<b>238 989 899</b>	<b>9 532 308</b>	<b>5 245 408</b>	<b>281 005 860</b>	<b>534 773 475</b>
<b>Totaux généraux :</b>		<b>1 230 029 097</b>	<b>228 858 607</b>	<b>364 365 849</b>	<b>2 570 907 648</b>	<b>4 394 161 201</b>

Lorsqu'on rapporte ces coûts au nombre d'habitants dans les aires de couverture des différentes FS, on obtient les résultats suivants, pour les CMA et les CSPS respectivement (figures 4 et 5).

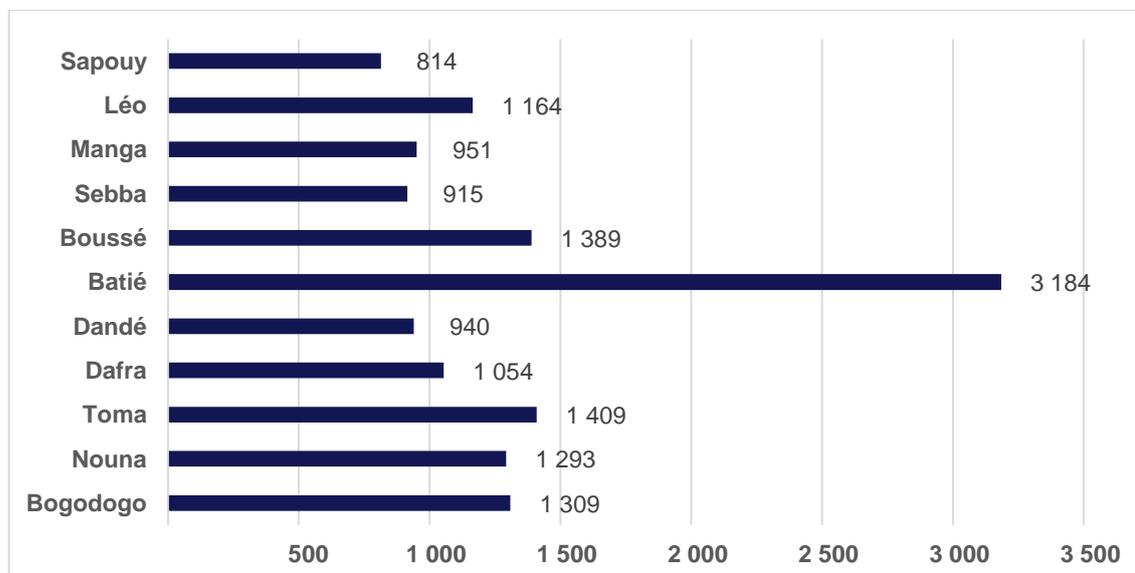


Figure 4 : Coûts totaux des CMA rapportés au nombre d'habitants de l'aire d'intervention (FCFA)

Le CMA de Batié (3.184 FCFA / hab.) ressort nettement dans cette comparaison, alors que les 10 autres CMA ont des coûts par habitant relativement homogènes (entre 940 et 1.389 FCFA par habitant de la zone de couverture). Cela tient à ce qu'il couvre la plus petite population (92.000 personnes), et de loin : les autres CMA couvrent de 171.000 (Boussé) à 764.000 (Bogodogo) habitants, avec des ressources humaines et un nombre de lits similaire. Ainsi, le CMA de Batié a un personnel total de 59 personnes (dont 4 médecins, 10 IDE, 11 SFE) pour une population de 210.000 habitants dans la zone de couverture annoncée par le PA du DS, tandis que le CMA de Batié a 74 personnes (3 médecins, 13 IDE, 10 SFE) pour 92.000 habitants. En ressources propres, le CMA de Batié avait près de deux fois plus que celui de Dandé en 2014 (135 M FCFA contre 73 M FCFA).

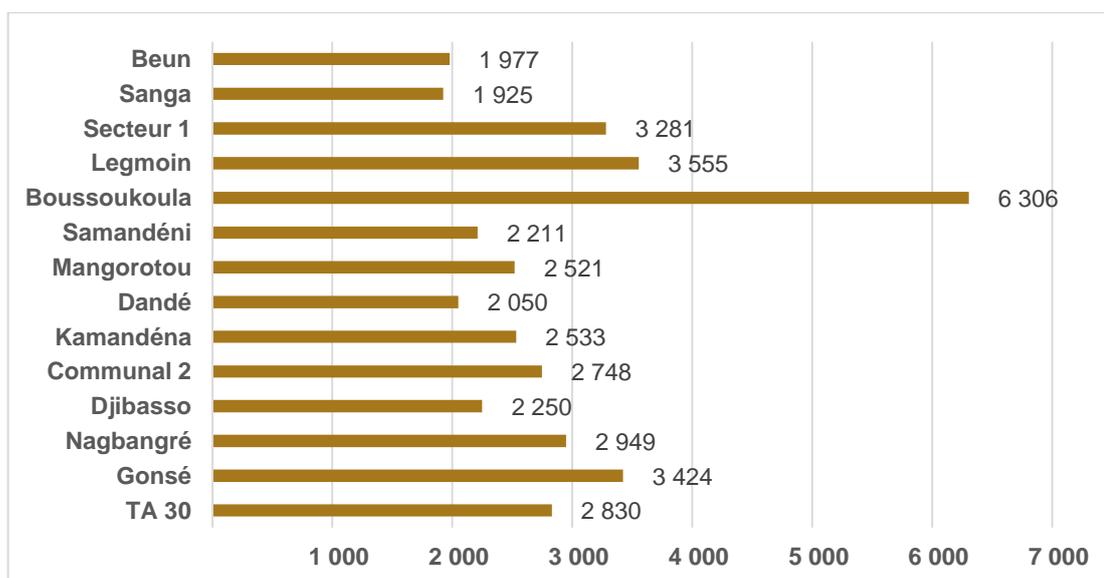


Figure 5 : Coûts totaux des CSPPs rapportés au nombre d'habitants de l'aire d'intervention (FCFA)

La dispersion des coûts totaux des 14 CSPPs rapportés au nombre d'habitant de la zone de couverture présente un phénomène similaire à celui constaté avec les 14 CSPPs. Les écarts là aussi varient du simple au triple, mais avec un CSPP qui ressort très largement : Boussoukoula, lui aussi dans le DS de Batié, à 6.306 FCFA par habitant, contre un coût compris entre 1.925 (Sanga) et 3.555 FCFA (Legmoin) pour les 13 autres FS. Boussoukoula est un CSPP situé en zone rurale, ne couvrant que 5.500 personnes avec un effectif de 9 personnes. Son taux d'accouchement rapporté au nombre d'habitants est similaire à celui des autres CSPPs, qui varie de 2,8% (Trame d'Accueil 30 qui est un CSPP de zone urbaine dans le DS de Bogodogo à Ouagadougou) à 4,3% à Gonsé, CSPP de zone rurale, également dans le DS de Bogodogo, avec une population de seulement 3.600 personnes. Ces chiffres ne sont évidemment pas les taux d'accouchements assistés, qui rapportent le nombre d'accouchements effectués dans une FS sur le nombre d'accouchements attendus dans la zone, mais ils sont indicatifs de ce que les CSPPs ont des niveaux d'activité gynécologique assez similaires les uns aux autres.

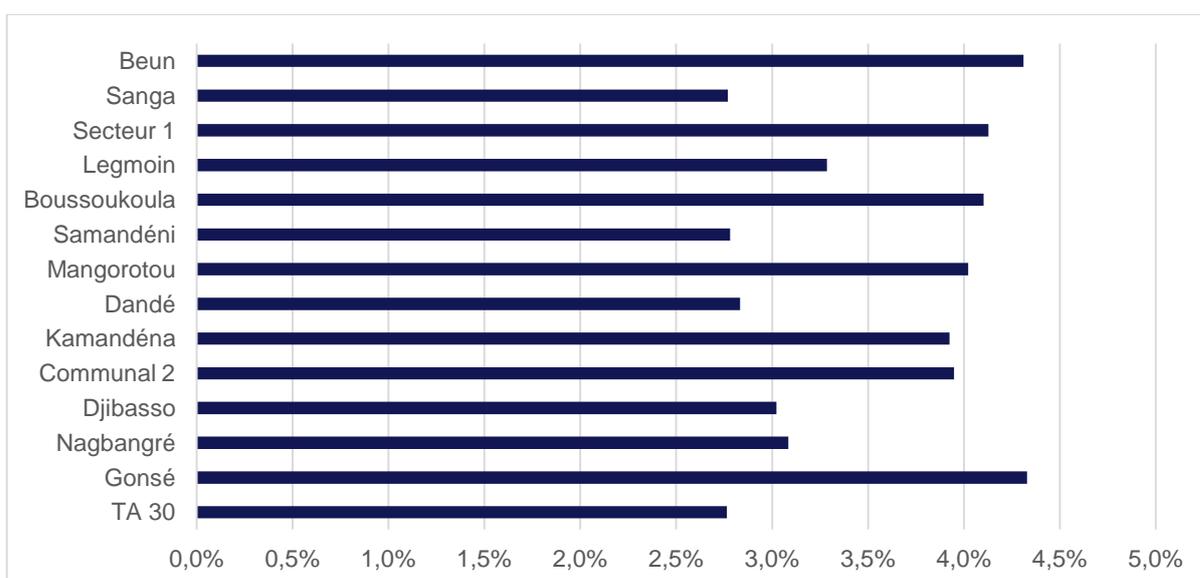
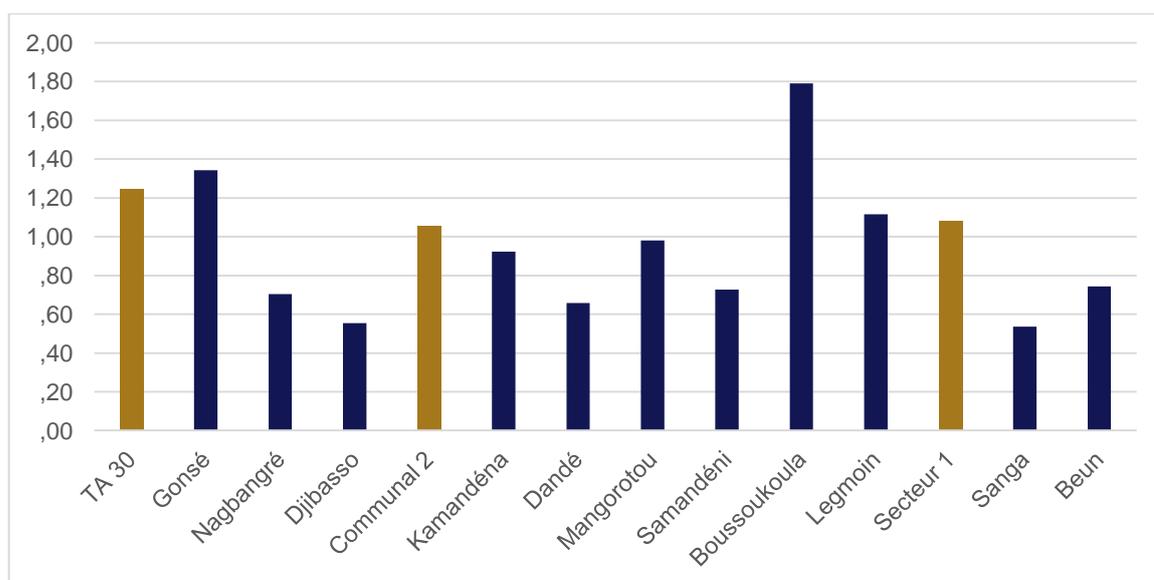


Figure 6 : Rapport du nombre d'accouchements enregistrés au CSPP sur la population de la zone de couverture

L'anomalie du CSPA de Boussoukouda dans son coût total rapporté à la population couverte, est donc à rapprocher de l'ensemble du volume d'activité qui, effectivement, est proportionnellement plus élevé (figure suivante), que celui des autres CSPA, à configuration similaire. Ceci est également à relier au taux de contact beaucoup plus élevé que celui des autres CSPA, qu'ils soient ruraux (en bleu) ou urbains (en rouge). Mais c'est assez logique, puisque Boussoukouda dispose d'un personnel qui est le seul, en nombre rapporté à la population, qui soit en conformité avec les standards prévus par le Ministère de la Santé (soit 8 agents pour 5.000 personnes, ou 625 habitants / agent)<sup>1</sup>.



Le taux de contact rapporte l'activité de consultation globale (adultes et enfants + CPN + CPON), telle que rapportée dans ENDOS, sur la population de la zone de couverture.

Figure 7 : Taux de contact (sur la base de l'ensemble des consultations) - CSPA 2014

Une comptabilité analytique, inexistante dans les FS du Burkina Faso, aurait permis d'affiner ces calculs pour tirer le coût d'une prestation déterminée, y compris le coût de la journée d'hospitalisation (en maternité par exemple). Nous avons développé deux modèles de coûts pour tenter de reconstituer le coût des prestations, un pour les CMA et un pour les CSPA. Ils appliquent les principes de l'analyse d'activité, où les charges sont réparties par « centre de coût » (ou service), puis déversées en cascade depuis les centres de coûts « indirects » (administration, entretien, gardiennage) vers les autres centres de coûts, puis de ceux qui sont d'appui médico-technique (laboratoire, pharmacie, buanderie, imagerie médicale) vers ceux qui fournissent les prestations (maternité, consultation générale ou spécialisée, chirurgie, etc.). L'annexe 4 présente ces modèles de coûts et les résultats obtenus.

Cependant, le travail de compilation des données pour faire tourner les deux modèles était énorme, et n'a donc pas pu être mené dans le cadre de cette étude aux ressources tout à fait insuffisantes pour ce faire.

Aussi, nous ne disposons que d'indicateurs très globaux pour tenter de comparer les FS entre elles en termes de coûts de paquets d'activité.

<sup>1</sup> Burkina Faso. Ministère de la Santé. Normes en personnel des structures sanitaires publiques. Direction des Ressources Humaines. Mars 2013.

On peut, même si c'est imparfait, rapporter le coût global ou « complet » de la formation sanitaire à un proxy de son activité, en l'absence d'une comptabilité analytique qui nous permettrait de distinguer plus précisément les coûts par type de prestation. Ceci peut être utile pour comparer les FS d'une même catégorie entre elles. Par exemple, on peut utiliser, au dénominateur : le nombre total de personnel, le volume total de prestations (plus adapté pour les CSPS dont l'activité est plus homogène du fait qu'il n'y a pas d'intervention chirurgicale lourde), ou bien le nombre de journées d'hospitalisation (pour les CMA). Ceci ne calcule bien évidemment pas le coût de la prestation ou de la journée d'hospitalisation, mais c'est un pis-aller pour une comparaison de l'efficacité des FS de mêmes caractéristiques entre elles.

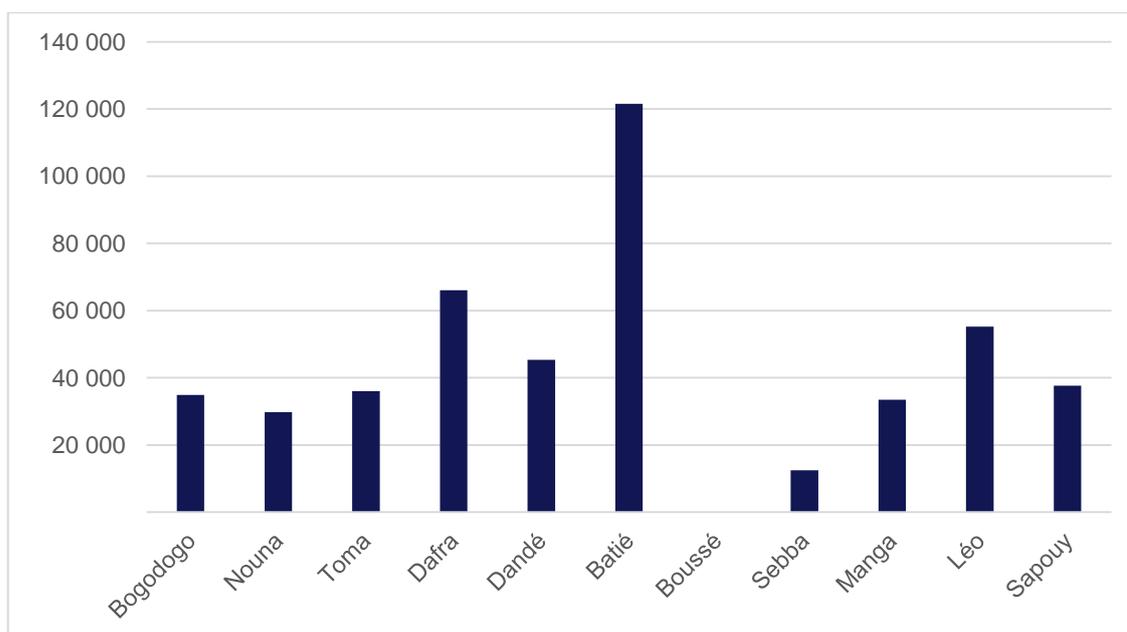


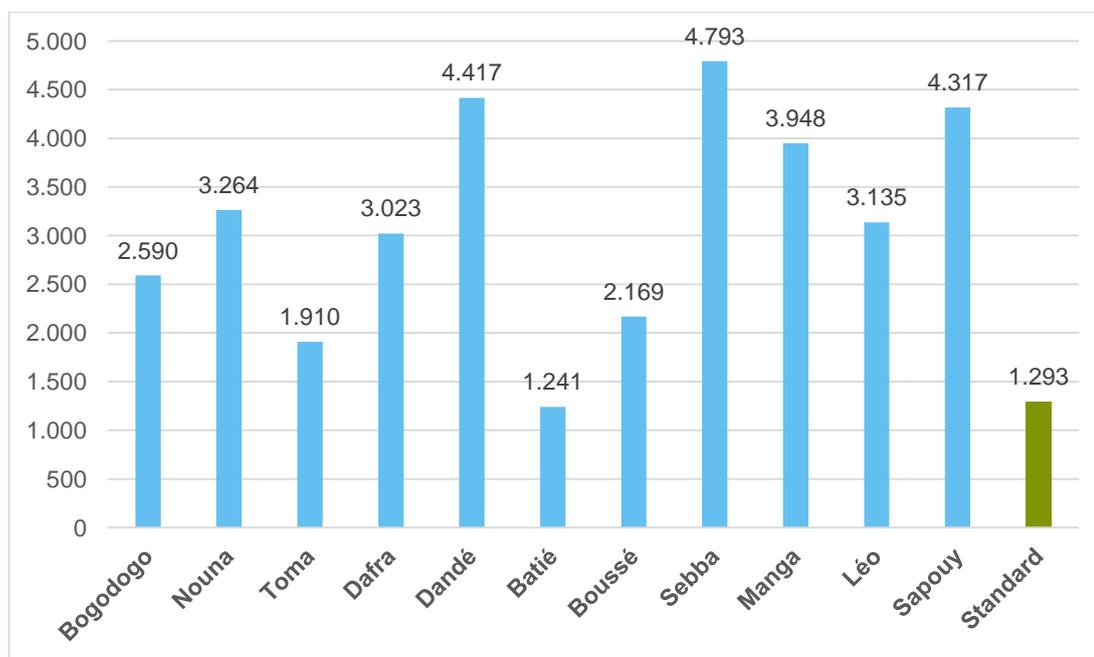
Figure 8 : Coûts totaux rapportés au nombre de journées d'hospitalisation (CMA) - FCFA 2014

On voit que le CMA de Batié se détache nettement dans cette comparaison, avec un coût global ramené au nombre de journées d'hospitalisation très supérieur aux autres (à 121.535 FCFA en 2014), alors que le CMA de Sebba se distingue en revanche par un rapport très faible, dix fois inférieur (12.427 FCFA). Ceci tient notamment au taux d'occupation des lits, inversement proportionnel, qui ressort à 14% pour Batié (qui comporte 48 lits), contre 122% pour Sebba (35 lits) (voir figure 9). Les taux sont ici calculés sur une base de 365 jours disponibles pour l'hospitalisation. Mais le taux annoncé par le PA du DS de Batié pour le CMA est de 90,8%, ce qui est de toute façon très élevé, et bien supérieur aux autres CMA. On notera, de fait, que le CMA de Sebba assure la prise en charge gratuite des mères enceintes et des enfants de moins de cinq ans, grâce à la subvention reçue de l'ONG HELP depuis septembre 2008 (cité dans le PA 2016 du CMA de Sebba). Par ailleurs, c'est un CMA qui compte un personnel de 44 personnes, contre 74 pour Batié, alors qu'il dessert une population plus de deux fois supérieure (211.000 contre 92.000). Le tableau et les graphiques suivants effectuent des comparaisons de disponibilité de ressources et d'efficacité sur la base de quelques critères de base (population desservie, effectifs employés, lits et taux d'occupation) pour les CMA (puis pour les CSPS plus bas). Les niveaux observés pour les différentes FS de l'échantillon sont également confrontés aux standards établis selon les

normes en vigueur dans le système de santé burkinabé, telles qu'établies en 2013<sup>2</sup>. On s'aperçoit, notamment, que seul le CMA de Batié (cité plus haut) dispose d'un effectif de personnel conforme (en nombre global – donc indépendamment de sa répartition technique) aux normes prévues. Tous les autres sont très largement en sous-effectif. Par ailleurs, seul Sebba atteint (et même excède) le taux d'occupation des lits selon les normes (122% contre 80%). Tous les autres sont très nettement en-dessous, sauf Bogodogo (avec 71%).

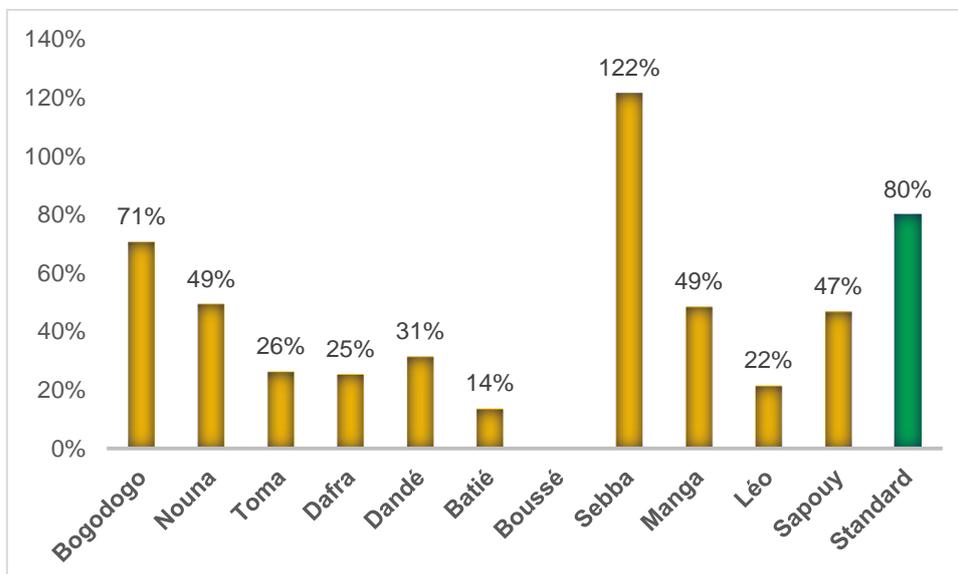
Tableau 15 : Quelques indicateurs de comparaison d'efficience (CMA - 2014)

CMA	Population des-servie	Effectifs de personnel	Population / Effectif employé	Nombre de lits	Taux d'occupation des lits
Bogodogo	764 043	295	2 590	111	71%
Nouna	349 245	107	3 264	84	49%
Toma	204 332	107	1 910	83	26%
Daфра	326 435	108	3 023	56	25%
Dandé	260 577	59	4 417	47	31%
Batié	91 831	74	1 241	48	14%
Boussé	171 348	79	2 169	47	n.d
Sebba	210 885	44	4 793	35	122%
Manga	311 887	79	3 948	50	49%
Léo	272 717	87	3 135	73	22%
Sapouy	237 428	55	4 317	30	47%
<b>Standard</b>	<b>150 000</b>	<b>116</b>	<b>1 293</b>	<b>90</b>	<b>80%</b>



<sup>2</sup> Burkina Faso. Ministère de la Santé. Normes en personnel des structures sanitaires publiques. Direction des Ressources Humaines. Mars 2013.

Figure 9 : Population desservie rapportée aux effectifs des CMA (2014)



Source : données de base issues des PA des DS où se situent les CMA.

Figure 10 : Taux d'occupation des lits des CMA (2014)

Le rapport calculé précédemment (coût total sur nombre de journées d'hospitalisation) n'est pas, conceptuellement, celui de la journée d'hospitalisation en tant que telle. Ce calcul devrait en effet ne tenir compte que des coûts directement consommés pour ce service et d'une part des coûts indirects alloués. Le calcul mené pour le CMA de Nouna, le seul pour lequel le modèle de coûts analytique a pu être appliqué, fait ressortir un coût de la journée d'hospitalisation en maternité de 80.987 FCFA contre 29.765 FCFA dans le calcul fait ci-dessus (voir tableau 4). La forte différence tient au fait qu'une grande partie de l'activité, et la moins coûteuse, est due aux soins et activités ambulatoires (dont les consultations des adultes et des enfants).

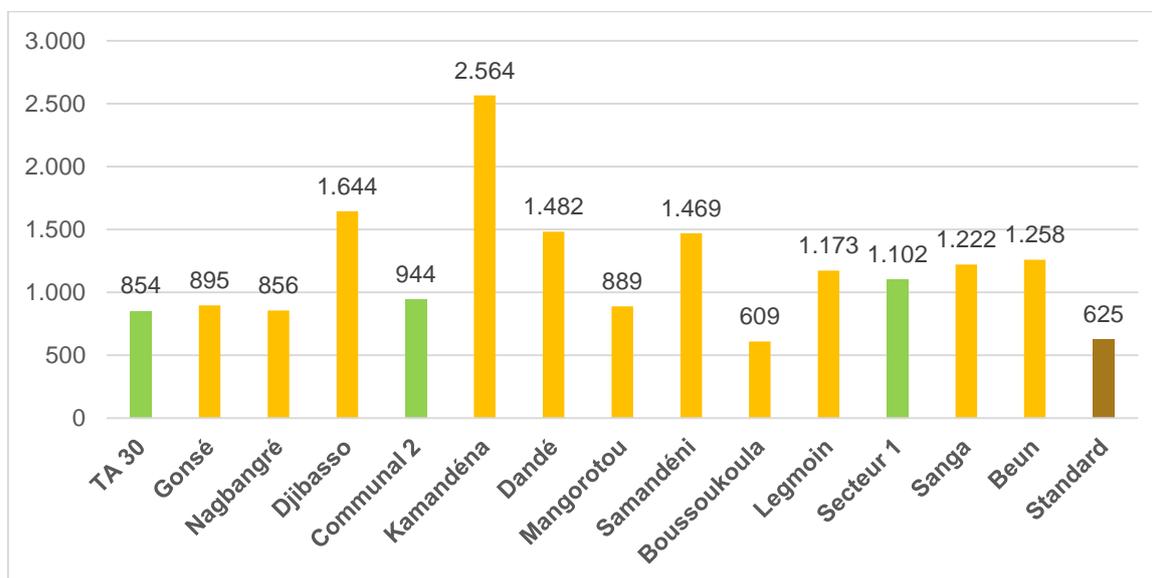
Tableau 16 : Coût de la consultation ou de la journée d'hospitalisation selon le service au CMA de Nouna (FCFA, 2014)

<b>Urgence/Dispensaire</b>	<b>8 934</b>
Ophtalmologie/ORL/Odontologie	21 937
Bloc/Chirurgie	34 969
Pédiatrie (CREN inclus)	19 362
Médecine Générale	43 634
Maternité	80 987

Pour ce qui concerne l'échantillon de CSPS, la comparaison des FS entre elles, et aux standards établis par le Ministère de la Santé, montre que seul Boussoukoulou dispose d'un effectif global de personnel conforme au ratio prévu par rapport à la population de sa zone de couverture (609 pour 625). Plusieurs ont plus de deux fois le ratio standard, et Kamandéna atteint même plus de 4 fois le nombre d'habitants par personnel prévu dans les normes.

Tableau 17 : Quelques indicateurs de comparaison d'efficience (CSPS - 2014)

CSPS	Population desservie	Effectifs de Personnel	Population / Effectif employé
TA 30	23 915	28	854
Gonsé	3 581	4	895
Nagbangré	20 554	24	856
Djibasso	26 298	16	1 644
Communal 2	14 157	15	944
Kamandéna	7 693	3	2 564
Dandé	19 268	13	1 482
Mangorotou	7 110	8	889
Samandéni	10 282	7	1 469
Boussoukoula	5 484	9	609
Legmoin	10 561	9	1 173
Secteur 1	27 544	25	1 102
Sanga	7 331	6	1 222
Beun	10 066	8	1 258
<b>Standard</b>	<b>5 000</b>	<b>8</b>	<b>625</b>



Note : en vert les CSPS urbains.

Figure 11 : Population desservie rapportée aux effectifs des CSPS (2014)

## 4 DISCUSSION DES RESULTATS

### 4.1 Analyse de la gestion des flux au niveau CMA

D'une manière générale, les FS enquêtées disposent d'une comptabilité très sommaire, de type suivi de trésorerie. Il ne s'agit pas d'une comptabilité permettant de suivre et d'analyser les consommations et donc d'analyser l'efficacité de la gestion et son évolution. Les bilans financiers produits par les CMA ne sont pas des comptes d'exploitation (équilibre entre recettes et dépenses).

On note une bonne tenue de la comptabilité et un bon rapportage des états financiers annuels dans les CMA.

#### 4.1.1 Les outils de gestion

Bien que les outils de gestion budgétaires et comptables soient bien remplis ; on note l'absence quasi-totale d'un système de comptabilité matière permettant de mesurer les consommations et de suivre l'amortissement du matériel ainsi que son renouvellement. Cela contrarie toute estimation des coûts basée sur une imputation rationnelle des dépenses dans une perspective de comptabilité analytique.

#### 4.1.2 Les crédits délégués

A partir du CID, on peut noter que les taux d'exécution des crédits délégués sont satisfaisants et une bonne partie de ces crédits est consommée par le CMA (73% pour les 11 CMA de l'échantillon).

- Au titre des faiblesses relevées par les acteurs de la gestion des crédits délégués on note entre autres. **(i) les engagements tardifs** fait par certains gestionnaires occasionnant des pertes de ligne budgétaires pendant que les services techniques sont dans le besoin ; **(ii) la mauvaise qualité** de certaines acquisitions ; **(iii) le manque de rationalisation** des commandes de fournitures qui sont souvent faites par crainte de perdre la ligne alors même que le besoin n'est pas encore réel. Enfin (iv) les difficultés pour certains gestionnaires de provinces d'engager leur bon sur le CID à cause de la faible connectivité et de l'obligation de passer par le contrôle financier régional.
- Au titre des forces l'analyse a fait ressortir **que (i) 71,8% des transferts de crédits** aux CMA le sont à travers la procédure des crédits délégués à l'ECD. Par ailleurs on note (ii) **le relèvement** à 5 Millions de francs CFA du seuil des commandes pouvant être faites à travers les crédits délégués à travers un bon de commande.

Les initiatives d'amélioration devraient tendre à une plus grande rationalisation des commandes faites sur les CD.

#### 4.1.3 Les fonds propres

Le recouvrement des coûts représente 77% des fonds propres. Quant à la vente des médicaments cela représentent 42% des fonds propres. Ce marché pharmaceutique est une véritable source de motivation financière qui rapporte des ristournes payées par la CAMEG aux agents du district tout entier et réparties comme suit.

- 50% pour les CSPS ;
- 40% pour l'ECD ;
- 10% pour la DRS.

La répartition est faite dans chaque niveau CSPS ECD DRS en fonction du nombre d'agents.

#### **4.1.4 Le reversement de 15% des recettes de la tarification au trésor : une mesure discutée.**

Les CMA reversent 15% des recettes de leur tarification au trésor pour leurs contributions au budget de l'Etat (cf. Décret 1992 sur l'autonomie de gestion des FS). Cette mesure est remise en cause par les agents sur le terrain ; mais les reversements se font régulièrement à la perception.

Dans un contexte d'insuffisance des ressources financières on pourrait se demander pourquoi ce prélèvement obligatoire.

## **4.2 Analyse de la gestion des flux au niveau CSPS**

La gestion des flux financiers en dépenses et en recettes au niveau CSPS est très insuffisante.

Malgré le faible niveau d'instruction des membres des COGES relevés comme cause ; des mesures d'ajustement doivent être prise afin d'assurer une gestion rationnelle et transparentes des flux financiers.

### **4.2.1 Les fonds propres**

Le recouvrement des coûts représente 67% des ressources des CSPS.

Ces font proviennent de la vente des MEG. Toutefois dans les districts sous FBR les subsides FBR pourraient faire baisser la part des fonds propres dans les recettes totales.

Dans les districts non FBR soumis à la gratuite cette part des MEG ne pourrait que s'accroître compte tenu de l'accès gratuit aux enfants de moins de cinq ans et aux femmes enceintes.

### **4.2.2 Les crédits transférés**

La gestion des crédits transférés est inefficace et inefficace. Elle est source de conflits comme en témoignent les réponses des acteurs contenues dans l'annexe 3 du présent rapport.

Les retours de questionnaires des formations sanitaires qui ont répondu indiquent que les fonds apportés par les transferts de compétence aux mairies (crédits transférés) et les crédits délégués transitant via les ECD sont jugés tout à fait insuffisants par les FS, sans compter qu'ils arrivent parfois très tardivement (en fin d'année selon un CSPS). 70% des répondants au titre des prestataires ont même déjà engagé les dépenses sur fonds propres et ne sont pas tenus au courant des montants qui leur seront effectivement alloués. De plus on se plaint du fait que les procédures sont opaques et que la concertation entre mairies et CSPS sur les besoins des structures et les montants alloués est insuffisante (elle n'existe que dans la moitié des cas).

Les mairies effectuent des achats pour le compte des CSPS sans que ceux-ci ne soient forcément impliqués dans cette procédure et nombreux sont ceux qui se plaignent du fait que les intrants, fournitures et petits matériels obtenus par ce biais ne sont pas conformes aux besoins, aux spécifications techniques nécessaires, et qu'ils n'en connaissent pas les prix. Les FS ne sa-

vent pas toujours qu'elle affectation budgétaire est prévue pour eux sur ces fonds provenant de l'Etat.

#### 4.2.3 Les mesures d'ajustement rétrocession : Une péréquation entre fonds propres ?

Le niveau des recettes de la tarification est trop faible pour assurer un fonctionnement efficient des CSPS. Pour faire face, entre autres, aux conséquences du manque à gagner engendré par le reversement des 15% au trésor, les responsables des CSPS prélèvent 10 à 15 % des recettes MEG pour les reverser dans les dépenses de fonctionnement du CSPA. Selon les acteurs cela est une nécessité pour assurer la continuité du fonctionnement des CSPA surtout en milieu urbain où les CSPA font face à des charges d'eau et d'électricité importantes.

Sur le terrain le taux de rétrocession est de 10% pour les CSPA ruraux et 15% pour les CSPA urbain.

Si le fondement de cette rétrocession est légitime, il pourrait néanmoins influencer le niveau d'autofinancement du dépôt pharmaceutique des CSPA.

#### 4.2.4 Les outils de gestions

Les outils de gestion des flux financiers des CSPA sont mal tenus à cause du manque de compétences en matière de gestion financière (ICP et Trésorier du COGES). Il serait nécessaire d'apporter un appui conseil formation aux personnes responsables de la tenue de ces outils. 60% des CSPA de l'échantillon ne remplissaient pas à temps leurs rapports mensuels de trésorerie.

Parmi ceux qui remplissent 80% le font de façon incohérente rendant difficile l'exploitation des états financiers des CSPA.

### 4.3 Equilibre financier des formations sanitaires

Pour estimer l'équilibre financier d'une formation sanitaire, on doit rapprocher les dépenses (ou emplois) avec les ressources. Ces éléments sont rassemblés dans le tableau suivant, tiré de la Note Méthodologique de l'étude, et adapté en fonction des constats faits.

Tableau 14 : Source et emplois connus du financement des activités des CSPA et des CMA

	CSPA	CMA
Directement, via le Budget de l'Etat	Salaires des agents de santé de l'Etat, frais de fonctionnement, investissements (bâtiments, infrastructures, équipements), formations, médicaments, autres produits pharmaceutiques, etc.	
Budget de l'Etat, via les Crédits délégués transférés aux ECD	Contrairement à ce qui était envisagé dans la note méthodologique de l'étude, on trouve des versements de crédits délégués aux CSPA	Couvrent les besoins exprimés dans les Plans d'Actions des CMA
Budget de l'Etat, via les Crédits Transférés aux communes	Système assignant les transferts aux communes pour financer les dépenses courantes (11 rubriques identifiées pour 2014) et d'investissements (constructions et réhabilitations). Ces crédits sont reversés en partie aux FS, et en partie sont employés par les mairies pour effectuer des dépenses pour le compte de ces mêmes FS. Pour 2014, par exemple, les textes prévoyaient : 1,75 milliards au titre des dépenses courantes et 3,73 milliards au titre des investissements	n.a.

	CSPS	CMA
Recouvrement des coûts	Médicaments, salaires du personnel auxiliaire, petit matériel, frais d'entretien (nettoyage)	
PADS et autres Subventions des PTF	Dépenses courantes, équipement	
Remboursement des SONU	Couvre les coûts engagés pour la prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés, y compris l'accouchement et les soins d'urgence – couvre en principe notamment les coûts des kits d'accouchement et les médicaments et autres intrants nécessaires aux soins d'urgence	
FBR	Primes au personnel	
Dons en nature	(médicaments, équipement, autres)	

Le rapprochement des montants collectés par les FS avec les dépenses qu'elles comptabilisent indiquent, tant pour les CMA que pour les CSPS, un excédent global sur l'échantillon, pour l'année 2014. Il s'élève à 159,8 millions de FCFA pour les 11 CMA et à 73,8 millions pour les 14 CSPS. Bien entendu, l'échantillon est trop petit et la plage de temps (une seule année) insuffisante pour en tirer de véritables conclusions sur la santé financière des FS de premier et deuxième niveau du Burkina Faso. Du moins, pour cette année-là, et cet échantillon, l'écart positif est constaté pour 10 des 11 CMA et 12 des 14 CSPS, ce qui, en soit, est assez significatif. Les fonds tirés des recettes propres et des subventions et transferts divers excèdent donc assez nettement le montant des dépenses enregistrées dans la FS même en 2014, avec des taux variant de -42,2% des recettes au CMA de Manga jusqu'à +33,1% au CMA de Toma. Pour les CSPS les taux varient de -3,6% à la Trame d'Accueil du Secteur 30 du DS de Bogodogo, jusqu'à +38,7% au CSPS de Communal 2, dans le DS de Nouna.

**Tableau 18 : Solde des financements et des dépenses comptabilisés dans les CMA (2014)**

en FCFA	Recettes	Dépenses	Solde	Solde / Recettes
Bogodogo	348 916 907	275 841 266	73 075 641	20,9%
Nouna	204 989 539	183 543 355	21 446 184	10,5%
Toma	67 628 771	45 220 937	22 407 834	33,1%
Dafra	67 922 322	57 573 659	10 348 663	15,2%
Dandé	73 121 992	70 407 283	2 714 709	3,7%
Batié	135 484 347	109 611 710	25 872 637	19,1%
Boussé	22 512 600	19 059 769	3 452 831	15,3%
Sebba	61 109 169	59 385 263	1 723 906	2,8%
Manga	44 656 843	63 516 927	-18 860 084	-42,2%
Léo	78 984 650	73 679 982	5 304 668	6,7%
Sapouy	46 673 438	34 382 788	12 290 650	26,3%
<b>Totaux</b>	<b>1 152 000 578</b>	<b>992 222 939</b>	<b>159 777 639</b>	<b>13,9%</b>

**Tableau 19 : Solde des financements et des dépenses comptabilisés dans les CSPS (2014)**

en FCFA	Recettes	Dépenses	Solde	Solde / Recettes
TA 30	16 147 958	16 734 835	-586 877	-3,6%

Gonsé	5 173 382	5 173 382	0	0,0%
Nagbangré	30 488 691	20 454 923	10 033 768	32,9%
Djibasso	37 850 698	32 797 764	5 052 934	13,3%
Communal 2	19 537 811	11 982 988	7 554 823	38,7%
Kamandéna	23 730 063	14 834 444	8 895 619	37,5%
Dandé	25 452 294	18 380 092	7 072 202	27,8%
Mangorotou	6 074 375	4 754 203	1 320 172	21,7%
Samandéni	14 523 526	11 377 456	3 146 070	21,7%
Boussoukoula	28 980 066	19 906 038	9 074 028	31,3%
Legmoin	36 064 623	22 229 000	13 835 623	38,4%
Secteur 1	28 188 340	23 504 666	4 683 674	16,6%
Sanga	6 416 590	6 072 649	343 941	5,4%
Beun	11 470 104	8 121 018	3 349 086	29,2%
<b>Totaux</b>	<b>290 098 521</b>	<b>216 323 458</b>	<b>73 775 063</b>	<b>25,4%</b>

Les fonds effectivement mis à disposition des FS sont gérés par les régies d'avance. Les régies d'avances ont été mises en place en 2008, puis progressivement adaptées par des décrets et directives complémentaires entre 2009 et 2014. D'après les documents consultés, la régie, qui est une option offerte aux gestionnaires de crédits de l'Etat, semble présenter, en principe, des avantages en ce qui concerne la mise à disposition et l'engagement des fonds. Les dépenses peuvent en effet s'engager avant leur justification qui peut être faite a posteriori, plutôt qu'a priori dans la gestion de crédits habituelle. Les délais de libération des fonds sont fixés par les textes à un mois environ (date limite de soumission des propositions d'engagement à la DG-CMEF le 25 octobre, et date limite d'alimentation des comptes de régie par la DGCTP le 30 novembre suivant) Cependant, la mécanique administrative semble lourde.

A l'unanimité, les FS disent qu'il faudrait les impliquer dans une concertation avec les autorités, notamment les mairies pour les crédits transférés, afin de déterminer les besoins réels des structures et de mieux calibrer et cibler ainsi les fonds apportés. Les CSPS et leurs COGES demandent une meilleure prise en compte de la spécificité de leurs besoins, des versements plus importants et effectués en des délais beaucoup plus courts. Ils indiquent que leurs besoins portent surtout sur les charges d'énergie (électricité et carburant en particulier), sur les produits d'entretien, les réparations, les constructions (logements, bâtiments, clôtures, etc.).

La gestion des fonds transférés pour les dépenses de fonctionnement ou courantes n'est probablement optimale, surtout s'il n'y a pas une bonne coordination entre la mairie et les CSPS de sa circonscription. On peut imaginer que la municipalité représente une valeur ajoutée dans la gestion de ces fonds si ceux-ci sont affectés à des dépenses non strictement médicales pour lesquelles un acheteur unique pour l'ensemble des FS permet des économies (par exemple dans le domaine des fournitures, des produits d'entretien, de petit matériel non médical, etc.). Par contre, pour les matériels, fournitures et petits matériels à caractère plus spécifiquement médical, ce n'est peut-être pas le meilleur biais, et ceci devrait être dévolu aux FS. En tout état de cause une coordination avec les FS (CSPS et leurs COGES) est indispensable pour s'assurer que les achats correspondent bien à la nature de leurs besoins.

Pour les dépenses d'investissement (constructions, réhabilitations, équipement) la prise en charge de l'achat des services et matériaux par la commune peut là aussi, en principe, bénéficier

de son expérience dans le domaine des marchés publics. Mais ceci doit obligatoirement être coordonné avec les FS.

L'ensemble des réponses des FS, des ECD, des COGES et des communes se trouve dans l'Annexe 3.

## 5 CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

### 5.1 Conclusions

La présente étude visait à décrire et analyser les flux financiers de fonds descendants et ascendants vers les CSPS et CMA dans les 11 districts sanitaires ciblés, ainsi qu'à estimer le coût des prestations fournies. Aux termes des analyses, les principales conclusions auxquelles l'étude a abouti sont les suivantes :

#### 1. Les choix stratégiques

L'objectif d'une gestion rationnelle des flux financiers dans les CSPS et CMA a conduit à la mise en place de plusieurs dispositions de gestion des flux dont assurer la pertinence est essentielle pour la performance des formations sanitaires.

**(i) La mise en place** du dispositif des Crédits Délégués apparaît pertinente et le processus permet une responsabilisation des FS dans la définition de leurs besoins et facilite l'engagement des dépenses. Cela a un impact sur la mise en œuvre de ces Crédits Délégués notamment le taux d'exécution des plans de passation des crédits délégués au niveau des CMA.

**(ii) L'autonomie** donnée aux CMA dans la planification des dépenses à réaliser sur les crédits délégués, ainsi que le relèvement du seuil de commande par bon à 5 millions de francs CFA, sont des aménagements majeurs ; mais l'obligation faite aux gestionnaires des CMA de commander uniquement ce qui est prévu au risque de perdre les crédits alloués, de même que la difficulté de réaménager les crédits pour les réaffecter à d'autres lignes, constituent en même temps des facteurs de fragilisation de la gestion rationnelle des CD. Cela n'a pas permis de tester à fonds la capacité des CD dans l'amélioration des capacités opérationnelles réelles des CMA dans la production de soins de qualité.

**(iii)** Au niveau des CSPS, le transfert des crédits aux collectivités territoriales (CT) pose des problèmes de traçabilité et d'efficacité de la dépense avec le mécanisme de fonctionnement d'un CSPS. En effet le CSPS est une structure où les besoins en biens et services sont spécifiques et nécessitent parfois des cas d'urgence qui sont incompatibles avec les délais de traitement des dossiers en conformité avec les procédures.

**(iv)** Les recettes mobilisées par les CSPS au titre des fonds propres (tarification des actes et ventes de médicaments) sont très importantes puisqu'ils représentent près de 80% des ressources totales comptabilisées par ces FS dans l'échantillon. Cependant, au niveau des investissements, les ressources dédiées aux équipements et aux immobilisations sont tout à fait insuffisantes pour assurer le renforcement, ou même le maintien, des capacités opérationnelles d'un CSPS (3%).

**(iv)** Les dépenses de personnels contractualisés sont maîtrisées, tant au niveau des CSPS (10%) que des CMA (12.8%). Ces taux sont inférieurs au seuil réglementaire de 30% des recettes propres des formations sanitaires consacrées aux salaires.

**(v)** Le poids des recettes de ventes de MEG dans les recettes totales indique que le modèle économique des CMA (42% des financements comptabilisés dans les FS) et des CSPS (72%), est fondé sur le marché pharmaceutique monopolisé par la CAMEG. Avec la gratuité des soins des enfants de moins de cinq ans et des femmes enceintes ; les recettes MEG pourraient croître de façon exponentielle pour deux raisons fondamentales : l'accroissement des taux d'utilisation et le

déplacement de la courbe de la demande en MEG du secteur privé vers le secteur public compte tenu du fait que les formations sanitaires privées sont exclues du programme et que les produits sont exclusivement servis par les dépôts pharmaceutiques des formations sanitaires publiques.

De ce fait le financement d'une partie des dépenses du fonctionnement des CSPS et CMA peut être assuré par les recettes propres issues de la vente des MEG.

**2. Rôle des acteurs.** Certains acteurs n'ont pas rempli leurs obligations dans la gestion des outils dédiés au suivi des flux financiers, rendant difficile l'imputation rationnelle des dépenses.

**(i) L'insuffisance** de la disponibilité des ICP et du niveau d'instruction des trésoriers des COGES /CSPS rend difficile la bonne tenue des rapports mensuels de trésorerie.

**(ii) La comptabilité** analytique n'est pas pratiquée, tandis que les outils de la comptabilité matière sont quasi inexistantes. Ceci tendrait à signaler l'absence, au niveau des ECD, d'une capacité conceptuelle pour la mise en place d'une comptabilité analytique dans les unités de soins dans les CSPS et CMA.

**(iii) La responsabilité de ces ECD et COGES vis-à-vis du développement** du système de financement des formations sanitaires n'est pas bien défini. Bien que des efforts de structuration du financement des CSPS et CMA sous FBR soient appréciables, et semblent impacter positivement la production des outils de contrôle financier, il n'existe pas pour les autres CSPS et CMA d'indicateurs non équivoques relatifs aux normes du niveau des budgets de fonctionnement, des fonds de roulement, ou des % de ressources dédiées à l'investissement.

### 3. Appropriation de la gestion des flux financiers

**(i) Le processus de gestion** des flux semble assez bien maîtrisé par les acteurs dans les CMA et les ECD.

**(ii) Par contre dans les CSPS** il existe une faiblesse du système de rapportage financier. Cela compromet la gestion rationnelle des ressources financières dans leur ensemble.

### 4. Effets quantitatifs.

L'effet conjugué des Crédits Délégués, des subsides du FBR, des Crédits Transférés et des recettes de la gratuité, permet d'accroître les montants des fonds propres des Formations Sanitaires et des ECD. Mais un bon contrôle de gestion des montants à rembourser pour les prestations à fort taux d'absorption de consommables doit être mis en place pour éviter les pertes de revenus de la part des CMA et CSPS.

*Globalement « sur la base de l'échantillon couvert par l'étude (25 FS au total dont 11 CMA et 14 CSPS, couvrant tant les zones urbaines que rurales du pays), il apparaît que les FS disposent aujourd'hui de ressources suffisantes, voire un peu excessives, par rapport à leur activité. Ceci ne signifie pas pour autant, qu'elles soient excessives si l'on tient compte du fait que les FS ne fournissent pas à l'heure actuelle de services à la hauteur de ce qui est attendu d'elles. Mais ceci tient à leur manque de ressources humaines, en particulier, et d'un équipement insuffisant. De ce fait, elles sont loin de pouvoir respecter les standards de couverture et de services qui ont été définis par les autorités sanitaires. L'étude ne portant, de façon complète, que sur l'année 2014, il n'est pas possible d'affirmer de façon définitive cette impression. Mais du fait que la capacité de gestion financière et de gestion prospective en particulier soit faible dans le niveau périphérique du système de santé, il est difficile d'assurer un calibrage adéquat des ressources aux besoins. En tout état de cause, l'étude souligne le besoin de disposer dans les districts sanitaires d'outils de gestion plus affinés et efficaces, qui permettent de mettre en lumière les inefficiences de façon plus évidente, et qui assurent une gestion plus rationnelle des ressources disponibles. Enfin, il*

*apparaît que ces ressources, en particulier humaines et matérielles, doivent être renforcées, mieux réparties et employées, ce qui n'est cependant pas un constat nouveau, mais que l'étude souligne à son tour. »*

## 5.2 Recommandations

La présente étude met en lumière la nécessité d'un renforcement de système de gestion financière et du système de gestion de la comptabilité matière des CSPS et CMA dans la perspective d'assurer une gestion plus rationnelle des flux financiers, une meilleure adéquation des ressources avec les besoins, et, également, d'améliorer la performance de service des CSPS et CMA. Les principales recommandations formulées concernent les aspects que ce renforcement du dispositif de gestion pourrait prendre en compte sous la coordination de la DAF. Dans cette perspective, ces recommandations ne sont pas orientées vers des acteurs spécifiques.

### (i) Au niveau des outils de gestion :

**a- Doter chaque CSPS et CMA d'un budget formel propre.** Ce budget doit comporter toutes les prévisions de ressources de l'année N et le bilan financier de l'année N-1. Le bilan doit mentionner les concours des PTFs aussi bien en nature qu'en numéraire. La part des crédits délégués qui revient au CMA (même si dépensée par l'ECD) doit être mentionnée aussi, tant en prévision, qu'au bilan. Ceci est valable pour les Crédits Transférés dépensés par les mairies. On pourrait aussi envisager d'y adjoindre les dépenses d'électricité comptabilisées par le Ministère de la Santé. L'objectif est de donner aux FS une meilleure connaissance de leur réalité économique et une meilleure capacité de planifier et d'anticiper.

**b- Mettre en place un système de comptabilité matière au niveau des CSPS et CMA.** Dans chaque unité des soins le système de collecte des données financières doit permettre de faire une imputation rationnelle des charges afin d'améliorer le système d'estimation des coûts des prestations. Ainsi des charges ou provisions d'amortissements doivent être constituées, comptablement, pour faciliter le renouvellement du matériel et des équipements.

**c- Renforcer la gestion des prestations liées à la gratuité des prestations aux enfants de moins cinq et aux femmes enceintes.** Il est indiqué de mieux accompagner le programme de gratuité en renforçant les outils de gestion (fiches d'hospitalisation, fiches de gratuité etc.) donnés par le Ministère de la Santé. Une option pourrait être des carnets de reçus de la gratuité par service en appui aux outils adoptés pour les pilotes au niveau CSPS et CMA afin de faciliter une imputation rationnelle des flux financiers liés aux coûts des prestations liées à la gratuité.

**d- Systématiser** et informatiser la gestion des rapports mensuels de trésorerie des CSPS.

### (ii) Au niveau des crédits délégués et des régies d'avance :

**a- Redéfinir les dépenses éligibles sur les régies d'avance ainsi que leur montant.** En effet le système des régies a été mis en place en 2008. Les modes de fonctionnement des services en vigueur à cette époque et les progrès techniques ont rendu obsolète certaines lignes de dépenses (par exemple : les frais de communication et les frais de missions) ainsi que leur montant. Il en résulte que persister dans la réalisation de certaines dépenses constitue une source d'inefficience telle que les cartes téléphoniques. Introduire certaines

lignes dans les dépenses éligibles à la régie pourrait permettre des gains de productivité et d'efficacité dans la gestion du CMA.

**b- Transférer** certaines lignes de crédits délégués au niveau des régies afin de rationaliser les commandes en tenant compte des besoins effectifs des CMA.

**(iii) Au niveau des crédits transférés :**

**a- Améliorer la promptitude** et la qualité des acquisitions.

Il s'agit de faire en sorte que les montants des crédits transférés soient intégrés dans les plans d'action des CSPS et que les ICP participent à la réception du matériel et des fournitures commandés. Par ailleurs dans un contexte de ressources rares il faut permettre aux CSPS qui ne sont pas dans le besoin d'économiser leurs crédits pour l'année suivante. En effet, contrairement aux crédits délégués, dans le transfert de ressources aux communes, les crédits budgétaires ne se perdent pas mais restent dans les comptes de la mairie. Cela permettrait non seulement d'éviter les gaspillages de ressources – à travers des commandes inopportunes, tardives et de mauvaise qualité – mais aussi de planifier des investissements pluriannuels.

**(iv) Au niveau des indicateurs de mesure de la performance des flux financiers CSPS et CMA en tenant compte des missions spécifiques des différents niveaux de prestation :**

**a- Envisager que des pourcentages soit définis pour le budget de fonctionnement, les investissements, les salaires, le fonds de roulement et les réserves à constituer.** Il s'agit de renforcer le fonctionnement des CSPS et CMA.

**(v) Au niveau des réformes en cours en particulier la gratuité.** Il est probable que les FS enregistrent des pertes financières dans le long terme : Deux facteurs sont à la base de cette perte : a) Le reversement au Trésor de 15% de la tarification et b) le paiement de 20% des recettes sous forme de ristourne au personnel. Ainsi 35% des recettes de la tarification seront déduit sous forme de prélèvement, alors que le remboursement des prestations se fait sur la base des anciens tarifs subventionnés qui ne reflètent pas le coût complet des prestations. Les prestations concernées par ces pertes probables sont celles qui nécessitent beaucoup d'intrants à des prix élevés (examens de labo et de radiologie). Ainsi il est important de mettre en place un système de contrôle de gestion pour s'assurer que la « gratuité » ne soit pas une source de déséquilibres financiers à long terme au niveau des CMA.

**(vi) Au niveau de l'AMU**

**a- Engager la réflexion** sur l'adoption de la capitation comme mode de remboursement des formations sanitaires du niveau périphérique. En effet l'étude a montré l'insuffisance des outils de gestion comptable qui ne permet pas d'estimer les coûts réels des prestations sur la base d'une imputation rationnelle des dépenses.

# ANNEXES

## **ANNEXE 1**

### **Termes de référence de l'étude**



**MINISTERE DE LA SANTE**

\*\*\*\*\*

SECRETARIAT GENERAL

\*\*\*\*\*

DIRECTION DE L'ADMINISTRATION  
DES FINANCES – DAF

**UNION EUROPEENNE**

-----

Financement 10<sup>ème</sup> FED

**TERMES DE REFERENCE**

**Pour l'embauche de deux experts court-terme Senior et Junior  
Pour le projet**

“Assistance technique du Volet Appui institutionnel du projet d'appui à la politique sectorielle  
santé (PAPS) –

« Assistance Technique UE Lot 2 »

FED/2013/326-089

<b>Description de la mission</b>	<i>Réalisation d'une étude sur la description des flux financiers vers les prestataires de soins (CSPS et CMA)</i>
<b>Activité correspondante dans la phase de mise en œuvre du projet</b>	<i>Appui technique court terme dans le cadre de l'amélioration de l'efficacité et de la transparence de la dépense publique et des ménages au Burkina Faso</i>
<b>Durée de la mission</b>	<i>2 experts : 1 senior pour <b>24 jours ouvrables</b> de mission (117 jours restants dans cette catégorie) et 1 junior pour <b>50 jours ouvrables</b> de mission (632 jours restants dans cette catégorie)</i>
<b>Catégorie</b>	<i>Experts : Senior et Junior</i>
<b>Date de la mission</b>	<i>Septembre à décembre 2014.</i>
<b>Experts seniors proposés</b>	<i>THOME Jean Marc, Meinolf KUPER et APPAIX Olivier</i>
<b>Expert junior proposé</b>	<i>TRAORE Adama</i>
<b>Expert long-terme PAPS Lot 3</b>	<i>Oumar BAH</i>

## Table des matières

<b>1</b>	<b>INFORMATIONS GÉNÉRALES .....</b>	<b>3</b>
1.1	Pays bénéficiaire.....	3
1.2	Pouvoir adjudicateur .....	3
1.3	Éléments d'information utiles concernant le pays bénéficiaire.....	3
1.4	Situation actuelle dans le secteur concerné.....	3
<b>2</b>	<b>INFORMATION SUR LE PROJET .....</b>	<b>5</b>
<b>3</b>	<b>OPPORTUNITÉ .....</b>	<b>6</b>
<b>4</b>	<b>OBJECTIFS ET RESULTATS ATTENDUS .....</b>	<b>7</b>
4.1	Objectif général .....	7
4.2	Objectifs spécifiques.....	7
4.3	Résultats attendus.....	7
<b>5</b>	<b>DEROULEMENT DES ACTIVITES .....</b>	<b>9</b>
<b>6</b>	<b>METHODOLOGIE ET RESSOURCES A MOBILISER.....</b>	<b>11</b>
6.1	Période sous étude.....	11
6.2	Etendu de l'étude .....	11
6.3	Sources de données.....	11
6.4	Les sources existantes: quelques exemples.....	11
6.5	Données supplémentaires.....	12
<b>7</b>	<b>RESSOURCES ET SUIVI .....</b>	<b>13</b>
7.1	Profil des Experts(ATCT) .....	13
7.2	Financement.....	13
7.3	Suivi .....	13
7.4	Contenu et validation des rapports.....	13
<b>8</b>	<b>LISTE DES DOCUMENTS DISPONIBLES .....</b>	<b>15</b>

# **1            INFORMATIONS GÉNÉRALES**

## **1.1        Pays bénéficiaire**

Burkina Faso

## **1.2        Pouvoir adjudicateur**

L'autorité adjudicatrice du projet est le Ministère de l'économie et des finances Ordonnateur National (ON) pour le Burkina Faso.

## **1.3        Éléments d'information utiles concernant le pays bénéficiaire**

Avec une population estimée en 2010 à 15 730 977 habitants répartis sur 274 200 km<sup>2</sup>, le Burkina Faso, pays sahélien enclavé au cœur de l'Afrique de l'Ouest, se caractérise par un fort taux d'accroissement démographique (3.1% par an avec un indice synthétique de fécondité de 6.2), une population très jeune (46% de moins de 15 ans) et essentiellement rurale (77.3%). Les femmes représentent 51.5% de la population totale. Le taux brut de mortalité générale est estimé à 11.8‰ et l'espérance de vie à la naissance à 57 ans. Le Burkina Faso est également un pays de fortes migrations internes et surtout externes.

Sur le plan éducatif, le taux brut de scolarisation au primaire est de 52,7% alors qu'au niveau secondaire ce taux est de 21,8%.

L'économie du pays repose principalement sur le secteur informel (l'élevage et l'agriculture) avec un revenu annuel par habitant de 365 USD, le pays occupe le 181<sup>ème</sup> rang sur 187 pays. Ainsi, l'indice de la pauvreté qui n'aurait que faiblement diminué entre 2003 et 2009/2010, passant de 46,4% à 43,9% sur cette période, avec des disparités significatives entre régions et milieux de résidence.

Dans les domaines politique et institutionnel, la stabilité que connaît le Burkina Faso depuis deux décennies constitue un environnement favorable aux réformes et à la mise en œuvre d'actions de développement durable. On retient que le pays s'est doté de documents d'orientations stratégiques importants tels que la stratégie de croissance accélérée et de développement durable (SCADD) et la politique nationale de santé (PNS) élaborée en 2010 qui donne les grandes orientations en matière de santé.

## **1.4        Situation actuelle dans le secteur concerné**

La mise en œuvre du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2011-2020) se fait à travers une approche sectorielle avec plusieurs mécanismes et outils de financement, de coordination, de suivi et d'évaluation. Ces mécanismes sont soutenus en amont par l'amélioration du processus de planification annuelle et de revue annuelle. Ces processus permettent aussi de renforcer le cadre de dialogue sectoriel.

La revue annuelle 2013 a fournie une matrice de performance sectorielle et un examen analytique des actions entreprises durant la période concernée par la revue.

Ainsi, de façon spécifique, il s'agissait de:

- Statuer sur les performances sectorielles 2013;
- Proposer des perspectives 2015-2017 au niveau du secteur;
- Proposer des mesures et actions pour la matrice de performance 2015-2017 de la Stratégie de Croissance Accélérée et de Développement Durable (SCADD);
- Proposer des indicateurs pour la matrice de performance.

Ainsi, du bilan de cette revue en matière de financement du système de santé, il a été recommandé de :

- Mettre en place une base de données fédérant tous les financements du secteur de la santé;
- Elaborer une stratégie nationale de financement de la santé dans le but d'assurer la durabilité du financement et la couverture universelle; cette stratégie devrait clarifier la place de la gratuité, des subventions et des financements basés sur les résultats (FBR) ainsi que leurs modalités de financement;
- Intégrer le financement basé sur les résultats dès sa phase pilote dans le système global de financement de la santé des districts sanitaires pour assurer sa pérennisation ; notamment les plans d'actions des districts sanitaires devraient intégrer les ressources du FBR ; aussi la tarification devrait-elle être adoucie et mise en cohérence avec les paiements directs et les programmes de subvention pour plus d'équité et d'efficience.

Les raisons probables de la contreperformance de certains districts se résument entre autres autour de la lourdeur et de la complexité du processus de financement, de l'inégale répartition du personnel et des disparités intra et inter régionales importantes dans les taux d'allocation des budgets et les taux d'absorption des ressources financières.

Par ailleurs, cette revue a permis d'analyser les financements des districts et les résultats obtenus notamment les dépenses de santé par habitant par formation sanitaire et le niveau d'atteinte des performances. Ainsi, il est ressorti une apparente corrélation entre les dépenses de santé et les performances des Centres de Santé et de Promotion Sociale (CSPS) à l'autre avec des résultats mitigés suscitant des interrogations à savoir: (i) pourquoi certains CSPS sont moins performants par rapport aux attentes eu égard à leur niveau de dépenses de santé? (ii) quels sont les facteurs qui expliquent les performances et ceux qui en expliquent les contreperformances?

Ces interrogations posent les problèmes de l'efficience et de l'équité dans l'allocation et les mécanismes de mise en œuvre des ressources financières à tous les niveaux. En d'autres termes, est-ce que le processus d'acheminement des ressources vers les bénéficiaires garantit l'efficacité de la dépense publique de santé? Est-ce qu'il existe un système de gestion viable au niveau du CSPS (basé sur l'équilibre du compte d'exploitation)?

Pour répondre à toutes ces interrogations, il s'avère indispensable de mener une étude analytique qui décrit les flux financiers au niveau des structures de soins (CSPS et CMA). En d'autre terme avoir une photographie des volumes financiers (entrées/sorties) et leurs mécanismes d'acheminement.

Les présents termes de référence qui s'inscrivent dans le cadre de cette étude, visent à décrire les objectifs et résultats attendus, le déroulement des activités, de la méthodologie et le profil des consultants.

## 2 INFORMATION SUR LE PROJET

Le Projet d'Appui à la Politique Sectorielle de Santé est une intervention de l'Union européenne en appui au Gouvernement du Burkina Faso avec comme objectif de contribuer à la mise en œuvre du Plan National de Développement Sanitaire pour l'amélioration de l'état de santé des populations au Burkina Faso. Il est mis en œuvre à travers deux composantes à savoir, un volet appui budgétaire sectoriel (ABS) et un volet Appui institutionnel. Le volet appui institutionnel qui mobilise l'assistance technique requise, vise à renforcer un ensemble de fonctions clés du Ministère de la Santé aux niveaux central et déconcentré pour une mise en œuvre efficace du PNDS. Il est structuré en 3 lots: (i) Ressources humaines, (ii) Suivi financier et finances publiques, (iii) Suivi-évaluation et approche sectorielle. L'assistance technique en suivi financier et finances publiques est ainsi en place depuis le 27 mars 2014.

Outre la contribution à la réussite globale de l'exécution du PAPS, l'assistance technique en Suivi Financier doit notamment permettre de :

- Appuyer l'allocation et l'utilisation rationnelle des ressources financières dans le cadre du soutien apporté à la Direction de l'Administration et des Finances (DAF);
- Renforcer le suivi financier de toutes les sources de financement dans le secteur et améliorer l'analyse de l'efficacité de l'utilisation des ressources financières;
- Contribuer au renforcement de la Direction de l'Administration et des Finances (DAF) et de la Direction des Marchés Publics (DMP);
- Travailler et collaborer avec les autres directions du Ministère et les deux autres Assistants Techniques (Lot 1 et Lot 2) dans le cadre de la mise en œuvre des activités du PAPS programmées dans les devis programmes.

Pour ce faire, l'expert long terme (ELT) mobilisé est amené à exercer auprès du Directeur de l'Administration et des Finances mais aussi de la Directrice des Marchés publics et de tous les services centraux et déconcentrés de gestion des ressources financières du Ministère des appuis qui résident essentiellement dans (i) le renforcement des capacités (transfert de compétences et la formation); (ii) l'appui conseil (conseils stratégiques, rédaction de notes et termes de référence) et (iii) l'amélioration du suivi des flux financiers des prestataires de soins. **Sur ce dernier point, l'étude des flux financiers des prestataires de soins est une des priorités du Ministère de la santé.**

### 3 OPPORTUNITE

Les questions spécifiques d'importance pour le secteur qui vont cadrer cette étude peuvent se résumer ainsi:

- Dans un contexte politique affiché d'accélérer l'application effective de la mise en place de « l'assurance maladie universelle » étant reconnue comme l'action prioritaire sur laquelle le Gouvernement compte axer ses efforts pour une couverture universelle des soins (alors que le système public est encore largement cofinancé par les PTF), il apparaît nécessaire et d'intérêt de collecter et d'analyser le double flux de financement des soins au niveau CSPS et CMA. A savoir i) les flux des fonds/ressources de l'Etat et PTF vers ces structures bénéficiaires (flux descendants) mais également ii) les flux des tiers payants et leur participation au financement du système des soins au niveau CSPS et CMA (flux ascendants).
- Dans le cadre de la décentralisation, compétence est donnée aux autorités communales (Mairies) en matière d'exécution des dépenses de fonctionnement de l'Etat (titre III) des Centres de Santé et de Promotion Sociale (CSPS) urbains et ruraux. C'est pourquoi, dans un contexte de développement du processus de décentralisation, une meilleure connaissance des flux mis à disposition par les autorités du niveau central (MS) ainsi que des processus suivis dans ce cadre que ce soit à partir des « ressources transférées » faites par l'Etat à travers le Circuit Informatisé de la Dépense (CID) ou des ressources propres est importante.
- Dans le cadre de l'application du principe de transparence, responsabilité et redevabilité et dans un objectif d'amélioration de l'efficacité de la dépense, il est nécessaire de:
  - documenter le niveau d'exécution (ou de non exécution) des différentes lignes budgétaires (titre III) concernées ainsi que les délais constatés dans ce cadre au niveau des Mairies;
  - identifier, estimer et documenter pour chaque type de flux, les dysfonctionnements, le coût du paquet des activités (aux différents niveaux des soins: CSPS et CMA);
  - analyser l'utilisation finale des fonds/flux mis à disposition au regard de la finalité prévue, le processus de gestion réel par rapport aux procédures prévues ainsi que la transparence dans l'ensemble du processus (information, documentation, justification);
  - documenter l'impact de ces fonds/flux sur la qualité du service rendu au niveau du bénéficiaire (amélioration de la qualité des soins, recouvrement des coûts, motivation du personnel et réduction des frais de soins/accès aux tarifs, etc.) et a contrario, l'impact des coûts sur la qualité et l'efficacité des prestations au niveau des bénéficiaires;
  - après analyse, formuler des recommandations d'ordre politique ou technique afin entre autres, de renforcer l'efficacité du système de gestion et la transparence en visant l'amélioration de la performance des structures concernées ; par ailleurs, contribuer aux propositions afin d'avancer dans le processus d'une couverture universelle des soins.

## **4 OBJECTIFS ET RESULTATS ATTENDUS**

### **4.1 Objectif général**

L'objectif général de l'étude est d'améliorer l'efficacité et la transparence de la dépense publique et des ménages (flux de fonds descendants et ascendants vers les CSPS et CMA) et se faisant, d'améliorer la qualité et l'accessibilité des services offerts.

L'étude se veut empirique afin de se baser sur la réalité de terrain au niveau périphérique uniquement du système de santé pour éviter la dispersion, elle se veut également globale pour fournir des recommandations utiles aussi bien sur les **mécanismes de financements** que sur le **système de gestion** des CSPS et CMA.

### **4.2 Objectifs spécifiques**

De façon plus spécifique il s'agira de :

- 1) Evaluer les besoins globaux de financement des CSPS et CMA permettant une offre de service adéquate;
- 2) Faire des propositions aux autorités (Ministère en charge de la santé, parties prenantes dans le système ainsi que Autorités en charge de la mise à disposition des fonds) pour améliorer les allocations de ressources;
- 3) Faire des propositions aux autorités pour améliorer le fonctionnement et la transparence de la gestion au niveau du CSPS et CMA;
- 4) Contribuer aux échanges sur les bases de calcul et les modalités de paiement de l'assurance maladie universelle au Burkina Faso.

### **4.3 Résultats attendus**

A l'issue de la consultation les résultats attendus de cette étude peuvent se résumer ainsi :

- 1) Description exhaustive et détaillée des flux financiers, incluant:
  - a. les crédits délégués pour les CMA,
  - b. les crédits transférés aux communes pour le compte des formations sanitaires de base (CSPS) et,
  - c. les flux en nature sur base de prix standard (valorisés).
- 2) Analyse des forces et faiblesses et/ou dysfonctionnements dans:
  - a. le système de mise à disposition et de mobilisation des ressources,
  - b. les outils de suivi (outils, procédures, systèmes informatiques) des ressources,
  - c. les outils de gestion (outils, procédures, systèmes informatiques) des ressources,
  - d. les mécanismes de gestion du capital de médicaments et des variations de stocks ;
- 3) Appréciation de la pertinence des dépenses de santé (coût du PMA) au niveau des districts sanitaires (CSPS et CMA) pour assurer:
  - a. le renouvellement des stocks,
  - b. la qualité des soins,
  - c. la gestion du patrimoine,

d. la motivation du personnel et proposer des ajustements qualitatifs et quantitatifs ;

- 4) Estimation empirique et raisonnée des coûts du paquet d'activités à chaque niveau (CSPS et CMA) pour des niveaux de fréquentation donnés;
- 5) Recommandations sur les modalités de gestion financières qui permettent aux CSPS et CMA de répondre aux attentes des usagers, d'améliorer leurs indicateurs de performance (transparence et viabilité);
- 6) Recommandations sur les modalités de paiement adéquates de l'AMU, du FBR, des crédits délégués, des crédits transférés, des dons en nature et l'implication des niveaux : district et régional dans ces mécanismes. Ces recommandations devront tenir compte de la possibilité de modifier les actes administratifs du MS qui règlemente le financement des services de santé au niveau CSPS et CMA à cause de leurs superpositions.

Pour ce faire les Consultants (ATCT) devront fournir au Ministère de la Santé les documents suivants :

1. **Une note méthodologique complétant la conceptualisation** de l'intervention accompagnée des outils de collecte des données, qui seront présentés au groupe technique de travail de la DAF;
2. **Une base de données** de l'étude;
3. **Un rapport de synthèse provisoire et un rapport analytique final** qui intègre des commentaires notamment de la DUE et de la commission thématique financement.

## 5 DEROULEMENT DES ACTIVITES

L'étude se déroulera en quatre phases distinctes:

### **Phase 1 :**

La première phase de cette mission sera affectée à la finalisation de la conception et de la préparation de l'étude. Une note méthodologique de l'étude, complétant la conceptualisation de l'intervention (telle que définie dans le cadre de ces TDR) et précisant les outils à soumettre aux différents intervenants et acteurs sera élaborée à cet effet.

Les principales tâches de cette étape sont :

- Travail avec la commission thématique financement et si nécessaire avec les autres commissions thématiques du MS sous la conduite de la DAF afin de permettre la mise à disposition d'un ensemble de documents et données d'intérêt pour le Consultant)
  - prise de connaissance du contexte, des processus et procédures de dépenses, des flux sous études, etc.
  - collecte des informations et données nécessaires à l'étude,
  - faire un échantillonnage raisonné de 15 CSPS, 10 CMA et 5 Districts à partir de critères à définir par les consultants ;
- Conception et élaboration des outils de collecte de données et d'informations (suivi et collecte auprès des structures échantillonnées) ;
- Production d'un guide de collecte si nécessaire ;
- Test des outils de collecte de données et d'informations ;
- Planification et préparation de la phase de collecte (avec l'appui du groupe technique).

### **Phase 2:**

Cette deuxième phase sera consacrée à la réalisation de l'étude (collecte et traitement des données brutes recueillies).

Les principales tâches de cette phase sont:

- Collecte des données sur le terrain;
- Saisie des données;
- Apurement du fichier;
- Compilation des données.

### **Phase 3:**

La troisième phase sera celle de l'analyse et de la rédaction d'un rapport analytique (diagnostic, interprétation et recommandations). Elle consistera à:

- l'analyse des données;
- une analyse et interprétation des résultats obtenus au regard des objectifs et questions spécifiques définis pour l'étude;
- l'élaboration d'une matrice de propositions de recommandations.

Un rapport de synthèse (rapport provisoire) sera produit à l'issue de ces activités ainsi qu'un rapport analytique (rapport final). Il y sera fait état des principales interprétations des consultants et présenteront les recommandations déclinées en plan d'actions (matrice de recommandations).

Ce rapport synthèse sera analysé en profondeur par la commission thématique financement afin d'améliorer la qualité des analyses et des recommandations.

#### **Phase 4:**

Durant cette dernière phase, les consultants présenteront résultats, analyses et recommandations au Ministère de la Santé et aux PTF, notamment à travers la commission thématique de financement sous la présidence du Directeur de l'Administration et des Finances.

La restitution de l'étude et la présence de l'expert international sera également l'occasion d'une journée d'échanges plus poussés sur des questions précises (ex: allocation des ressources ; gestion financière; modalités de paiement de l'assurance maladie etc.).

A l'issu de ces présentations, les commentaires et notamment ceux concernant les recommandations seront intégrés dans le rapport final.

L'étude sera réalisée sur une période maximale de 3,5 mois (jours calendaires).

De façon plus détaillée, le planning ci-dessous décrit les principales phases de réalisation de la mission et les délais approximatifs en hommes/jours d'experts court terme (ECT) correspondants :

<b>Phases</b>	<b>Nombre h/j Expert Senior</b>	<b>Nombre h/j Expert Junior</b>	<b>Nb de nuitées Expert Senior au Burkina F</b>	<b>Nb de nuitées Expert Junior en régions</b>
1. Finalisation de la conception et de la préparation de l'étude	8	15	7	-
2. Réalisation des travaux de terrain (collecte des données)	-	25	-	35
3. Analyse des données et rédaction du rapport provisoire	10	5	-	-
4. Présentation des résultats, analyse et recommandations puis rapport final	6	5	5	-
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>50</b>	<b>12</b>	<b>35</b>

Dans le cadre des déplacements de l'Expert Senior deux billets d'avion aller/retour de l'Europe, l'Asie ou l'Amérique au Burkina Faso sont à prévoir : un premier billet au démarrage de la mission (phase 1 /conception et préparation de l'étude) et un second billet pour venir présenter les résultats de l'étude à Ouagadougou.

Au cours de ces deux déplacements de l'Expert senior des frais de per diem sont à prévoir pour 12 nuitées au Burkina Faso.

En ce qui concerne l'Expert junior qui se chargera de la collecte des données sur le terrain 35 nuitées sont nécessaires pour collecter les données et information en région. Les frais de déplacement sur le terrain (frais accessoires) comprennent : un véhicule 4x4 (y compris le carburant) , de per diem du chauffeur (35 nuitées) et les frais de péage.

## **6 METHODOLOGIE ET RESSOURCES A MOBILISER**

### **6.1 Période sous étude**

Compte tenu des questions qui sous-tendent l'étude, des flux à analyser (et leur mode de mise à disposition ou d'utilisation) ainsi que la période pendant laquelle devrait se dérouler cette étude (deuxième et troisième trimestre de 2014), les données financières collectées pourront correspondre à diverses lignes budgétaires.

Ainsi, les années budgétaires proposées à l'étude devraient être les suivantes :

- frais de fonctionnement alloués par l'Etat destinés aux districts : données budgétaires globalement pour 2012 et 2013 et plus spécifiquement les flux mensuels 2012 (mois à préciser). Au niveau de structures de soins (CSPS, CMA, ECD, etc.), analyse du budget de l'année 2013 est à prioriser;
- flux émanant des régions et districts: que ce soit pour l'analyse des rétrocessions (fonctionnement ou investissement) de l'Etat, des PTFs, du PADS ou des ressources propres (tiers payants), l'analyse devrait s'intéresser plus spécifiquement aux flux relatifs aux exercices budgétaires 2012 et 2013 (analyse comparative);
- flux financiers des ménages, entreprises, ONG et Communes.

### **6.2 Etendue de l'étude**

L'étude concernera quinze (15) CSPS, dix (10) CMA et cinq (5) districts sanitaires qui seront tirés à partir d'un échantillon raisonné sur base de critères à définir par les Consultants (cf. note méthodologique de début de mission).

### **6.3 Sources de données**

L'étude sera basée sur trois types de données et informations : i) les données et informations disponibles entre autres, les données issues des systèmes budgétaires à travers le Circuit Informatisé de la Dépense (CID) et/ou les données administratives et financières des structures prestataires de soins (CSPS et CMA), les notes circulaires/textes réglementaires, etc. ii) les données et informations collectées sur le terrain auprès des Districts Sanitaires (DS) et des Communes et iii) les informations financières des CMA et CSPS.

### **6.4 Les sources existantes: quelques exemples**

Diverses données et informations sont disponibles même si elles apparaissent dispersées.

#### **a. Les données budgétaires**

A partir du Circuit informatisé de la dépense, pour toutes les lignes budgétaires concernées par l'étude, il peut être fait un tirage d'un « Etat de Suivi Budgétaire (ESB) » présentant l'exécution budgétaire, au différent stade de la dépense, pour une ligne précise ou pour tout regroupement. Il peut également être obtenu un tirage détaillé faisant apparaître le détail opération par opération et structure par structure de l'exécution des crédits transférés ou délégués.

## **b. Autres**

On peut citer, entre autres:

- les données du système d'information sanitaire et de la base de données gérée au niveau de la DGESS (Saisie sur Endos);
- les livres et journaux existants au niveau des districts dans le cadre de la gestion de la régie d'avances;
- les feuilles Excel sur la gestion des médicaments au niveau district;
- les documents de la comptabilité du PADS;
- les documents de la comptabilité financière et de la comptabilité matières des CSPS et CMA;
- les listings concernant le paiement des salaires et frais de fonctionnement (listing daté et émargé par entité, rapport (de paie) établi par les structures de soins/responsable des entités, documents de prise en charge et décharges).

## **6.5 Données supplémentaires**

D'autres données devront faire l'objet d'hypothèses à discuter. Notamment:

- a) La rémunération normative du personnel
- b) La fréquentation des formations sanitaires sur la base de laquelle seront calculés les coûts variables et semi-variables.

## **7 RESSOURCES ET SUIVI**

### **7.1 Profil des Experts (ATCT)**

Afin de réaliser cette étude, il sera fait appel à un consultant international (individuel) appuyé par un consultant national (individuel) selon les besoins identifiés ci-dessous. Il est conseillé, pour la réalisation de la collecte des données sur le terrain, de s'appuyer sur les agents de la DAF qui connaissent bien le système. Les consultants pourront faire appel à tout partenaire qui leur semble apte.

L'équipe des experts proposée, devra disposer d'expertise et de compétences dans les domaines suivants: économie de la santé, finances publiques, informatique et planification.

**L'Expert Senior** : devra par ailleurs, répondre aux critères suivants:

- Formation et connaissances théoriques approfondies (diplôme d'enseignement supérieur sanctionnant au moins 5 ans d'études supérieures),
- Expérience minimale de 10 ans dans les domaines de l'économie de la santé ou des finances publiques et de 5 ans pour les autres,
- Expérience avérée de travaux similaires (évaluation de coûts généraux au niveau des prestataires de soins),
- Connaissance du contexte politique, financier et budgétaire du Burkina Faso,
- Maîtrise du français oral et écrit.

**L'Expert Junior** : devra répondre aux critères et compétences ci-après :

- Diplômé (Bac + 4 au moins d'une grande école dans le domaine des finances publiques, économie, social etc.);
- Expérience avérée d'au moins 5 ans dans le domaine des finances publiques au Burkina Faso;
- Bonne connaissance et expérience dans la conduite et l'analyse des résultats d'enquêtes individuelles et de groupe (Focus Group par exemple);
- Bonne maîtrise des processus de planification, programmation, suivi et évaluation;
- Bonne connaissances du processus planification, budgétisation et Costing des programmes et interventions de santé au Burkina Faso;
- Analyse des mécanismes de financement de la santé (mutuelle de santé, financement basé sur les résultats);
- Expérience avérée dans l'étude des flux financiers au Burkina Faso.

### **7.2 Financement**

Le financement de la mission sera assuré par le 10<sup>ème</sup> FED à travers le budget de l'Assistance Technique Court Terme (ATCT) de GFA Consulting Group pour le recrutement des Experts. Le recrutement de ces Experts se fera conformément aux procédures retenues dans le cadre du contrat de GFA Consulting Group.

### **7.3 Suivi**

Le suivi de la qualité des prestations sera assuré par la Commission thématique financement et la validation par la Direction de l'Administration des Finances (DAF).

### **7.4 Contenu et validation des rapports**

Le contenu et la validation avec les dates de soumission des rapports sont consignés dans le tableau ci- dessous :

<b>Rapport</b>	<b>Date de soumission</b>	<b>Contenu</b>
1	10 jours après la fin de la phase 1	Note méthodologique en 5 exemplaires et une version électronique (approche, outils de collecte, résultat du test, programmation de collecte et échantillonnage)
2	10 jours après la fin de la phase 3 (fin des travaux de terrain)	rapport analytique provisoire en 5 exemplaires et une version électronique: (i) évaluer les flux financier des prestataires de soins (CSPS, CMA et Districts) en rapport avec le degré d'atteinte des indicateurs de santé; (ii) dégager à partir d'une analyse comparative entre les prestataires de soins les enseignements en particulier les éléments de congruence entre financement et performance et (iii) faire des recommandations et (iv) prendre en compte les autres éléments de TDR.
3	15 jours après reception des commentaires du Client (MS) et le Bailleur (DUE)	rapport de synthèse et analytique final en 5 exemplaires et une version électronique

***La DAF doit approuver au plus tard 15 jours après sa soumission le rapport final qui doit intégrer les observations et commentaires du rapport provisoire. Dans le cas contraire le rapport est considéré comme approuvé par le Client (Ministère de la Santé).***

## **8 LISTE DES DOCUMENTS DISPONIBLES**

1. Banque mondiale, Revue des Dépenses Publiques (RDP): Au delà du paradoxe Burkinabé, 2009;
2. Ministère de l'Economie et des Finances (MEF), Stratégie de Croissance accélérée et de Développement Durable (SCADD 2011-2015);
3. MEF, SCADD; Matrice de performance 2012-2015; SCADD; MEF: Juillet 2012;
4. Reinikka R et Smith N. 2004, Public Expenditure Tracking Surveys;
5. Ministère de l'Economie et des Finances (MEF), Rapport PEFA 2010;
6. MEF, Loi de finances (2009 – 2013);
7. Ministère de l'Economie et des Finances, rapport sur l'exécution du budget de l'Etat (2013 et 1<sup>er</sup> Trimestre 2014);
8. Ministère de la Santé (MS), les budgets du MS (2009 – 2014);
9. Ministère de la Santé, Budget programme 2013-2015 du Ministère de la santé;
10. Cadre des dépenses à moyen terme (CDMT 2013-2015);
11. MS, Revue sectorielle santé et nutrition 2014;
12. MS, Plans d'actions 2009 – 2013 des CSPS et CMA;
13. MS, Politique Nationale de Santé. Ministère de la santé, 2011;
14. MS, Programme National de Développement Sanitaire 2011-2020;
15. MS, Plan de suivi-évaluation du PNDS 2011-2020;
16. MS, Compact «Accroître les efforts et les ressources pour la santé en vue d'atteindre les OMD à l'horizon 2015; novembre 2012»;
17. MS, Suivi de l'exécution budgétaire (2009 – 2013) du MS;
18. Ministère de la santé, Comptes Nationaux de Santé (CNS 2011 et 2012).

## **ANNEXE 2**

### **Caractéristiques des formations sanitaires de l'échantillon**

Caractéristiques des formations sanitaires de l'échantillon

DS	FS	Population desservie	Urbain / Rural	Activité					
				Maternelle			Autres		
				CPON	CPN	Accouchements	Vaccinations	Consultations	Interventions chirurgicales
	<b>Région du Centre</b>								
Bogodogo	CMA - Bogodogo / Secteur 30	764 043		5,726	1 021	4 310	6 266	40 880	1 873
	CSPS - Trame d'Accueil Secteur 30	23 915	urbain	698	3 032	661	12 122	26 118	0
	CSPS - Gonsé		rural	475	443	155	1 874	3 888	0
	CSPS - Nagbangré (Koubri)	20 554	rural						
	<b>Boucle du Mouhoun</b>								
Nouna	CMA - Nouna	349 245		97	81	1 232	0	15 345	540
	CSPS - Djibasso	26 298	rural						
	CSPS - Communal 2	14 157	urbain	1 059	3 345	559	11 398	10 528	0
	CSPS - Kamandena	7 693	rural	787	1 510	302	6 235	4 802	0
Toma	CMA - Toma	204 332		234	35	394	0	3 049	343
	<b>Région des Hauts Bassins</b>								
Dafra	CMA - Dafra	326 435		1 093	0	1 951	0	17 237	606
Dandé	CMA - Dandé	260 577		1 012	877	848	0	7 857	394
	CSPS - Dandé	19 268	rural	655	2 294	546	8 949	9 737	0
	CSPS - Mangorotou	7 110	rural	594	820	286	1 229	5 555	0
	CSPS - Samandéni	10 282	rural	297	1 359	286	3 915	5 810	0
	<b>Région du Sud-Ouest</b>								
Batié	CMA - Batié	91 831		326	1 363	522	0	4 855	421
	CSPS - Niché / Batié	21 435	urbain	443	2 080	331	15 918	13 658	5 915
	CSPS - Boussoukoula	5 484	rural	553	1 312	225	4 791	7 951	0
	CSPS - Legmoin	10 561	rural	761	2 322	347	7 524	8 704	0
	<b>Région du Plateau Central</b>								
Boussé	CMA - Boussé	171 348		97	9	418	0	3 108	270
	<b>Région du Sahel</b>								
Sebba	CMA - Sebba	210 885		1 546	0	1 369	0	4 656	404
	<b>Région du Centre-Sud</b>								
Manga	CMA - Manga	311 887		736	547	1 186	386	20 451	527
	<b>Région du Centre-Ouest</b>								
Léo	CMA - Léo	272 717		569	217	550	0	5 427	235
	CSPS - Secteur 1	27 544	urbain	2 005	4 335	1 137	21 480	23 493	0
	CSPS - Sanga	7 331	rural	434	928	203	4 558	2 568	0
	CSPS - Beun		rural	1 248	1 587	434	6 863	4 639	0
Sapouy	CMA - Sapouy	237 428		570	19	448	0	7 064	302
		<b>3 200 728</b>	<i>total 1</i>	<b>22 015</b>	<b>29 536</b>	<b>18 700</b>	<b>113 508</b>	<b>257 380</b>	<b>11 830</b>

### Ressources humaines des Formations Sanitaires de l'échantillon d'étude (2015)

DS	FS	Médecins	IDE	SFE	Autres agents de l'Etat	Personnel auxiliaire	Total RH
	<b>Région du Centre</b>						
<b>Bogodogo</b>	CMA - Bogodogo / Secteur 30	21	35	35	157	47	<b>295</b>
	CSPS - Trame d'Accueil Secteur 30	0	3	3	15	7	<b>28</b>
	CSPS - Gonsé		1		3		<b>4</b>
	CSPS - Nagbangré (Koubri)	0	2	1	11	10	<b>24</b>
	<b>Boucle du Mouhoun</b>						
<b>Nouna</b>	CMA - Nouna	5	24	16	42	20	<b>107</b>
	CSPS - Djibasso	0	2	2	6	6	<b>16</b>
	CSPS - Communal 2	0	2	2	9	2	<b>15</b>
	CSPS - Kamandena		1		2		<b>3</b>
<b>Toma</b>	CMA - Toma	4	19	17	42	25	<b>107</b>
	<b>Région des Hauts Bassins</b>						
<b>Dafra</b>	CMA - Dafra	8	28	19	28	25	<b>108</b>
<b>Dandé</b>	CMA - Dandé	4	10	11	25	9	<b>59</b>
	CSPS - Dandé	0	2	0	6	5	<b>13</b>
	CSPS - Mangorotou	0	1	1	3	3	<b>8</b>
	CSPS - Samandéni	0	1	0	2	4	<b>7</b>
	<b>Région du Sud-Ouest</b>						
<b>Batié</b>	CMA - Batié	3	13	10	34	14	<b>74</b>
	CSPS - Boussoukoula	0	1	1	4	3	<b>9</b>
	CSPS - Legmoïn	0	1	1	3	4	<b>9</b>
	<b>Région du Plateau Central</b>						
<b>Boussé</b>	CMA - Boussé	5	18	14	35	7	<b>79</b>
	<b>Région du SAHEL</b>						
<b>Sebba</b>	CMA - Sebba	3	10	11	9	11	<b>44</b>
	<b>Région du CENTRE-SUD</b>						
<b>Manga</b>	CMA - Manga	5	12	9	51	2	<b>79</b>
	<b>Région du CENTRE-OUEST</b>						
<b>Léo</b>	CMA - Léo	4	12	10	53	8	<b>87</b>
	CSPS - Secteur 1	0	2	4	14	5	<b>25</b>
	CSPS - Sanga	0	0	0	3	3	<b>6</b>
	CSPS - Beun	0	1	0	3	4	<b>8</b>
<b>Sapouy</b>	CMA - Sapouy	2	11	10	25	7	<b>55</b>
		<b>64</b>	<b>212</b>	<b>177</b>	<b>585</b>	<b>231</b>	<b>1 269</b>

## **ANNEXE 3**

### **Réponses aux demandes d'informations des structures**

### Annexe 3.1 Réponses des ECD, CMA et CSPS

Nom de la structure	Quelles sont les dispositions en vigueur pour gérer les montants reçus – pouvez-vous les décrire brièvement ?	Rencontrez-vous des difficultés par rapports aux financements reçus, à la couverture de vos besoins, aux modalités de gestion ? Si oui, pourriez-vous les décrire brièvement et aussi faire part de la façon dont elles pourraient être résolues selon vous ?
ECD Bogodogo		
CMA BOGODOGO	transfert de fonds, ensuite expression de besoins et exécution ??	??
CSPS TA 30	<i>Pas de réponse</i>	<i>Pas de réponse</i>
CSPS Nagbangré / Koubri	<i>Pas de réponse</i>	<i>Pas de réponse</i>
ECD NOUNA	<i>Pas de réponse</i>	<i>Pas de réponse</i>
CMA NOUNA	??	dotations insuffisantes ??
CSPS Djibasso NOUNA	Fonds logés dans le compte bancaire du CSPS et enregistré ensuite dans le livre de gestion de la formation sanitaire	Les fonds reçus ne sont pas toujours faits en temps souhaité. Nous constatons cela le plus souvent du côté de la mairie où même nos expression de besoin ne sont pas respectées.  Solutions proposées : impliquer d'avantage le personnel dans l'acquisition du matériel pour ce qui est en espèce et accélérer les procédures administratives pour disponibilité à temps des ressources
CSPS Communal 2 NOUNA	Montants enregistrés dans les livres de trésorerie de la formation sanitaire, ensuite utilisés pour la réalisation des activités et sont ensuite utilisés pour la réalisation de l'activité auxquelles les montants ont été alloués	Oui ; d'abord au niveau des transferts par la mairie, au niveau global est communiqué mais à la livraison des matériels, fournitures, les montants de ses matériaux ne sont pas indiqués ;  il y a aussi d'énormes besoins en infrastructure qui ne nous permet pas d'offrir les soins dans les conditions requises.  Solution : Selon nous les fonds transférés par la mairie qui sont en natures doivent être accompagné des prix pour plus de transparence. De façon générale tous fonds destinés à la formation sanitaire puissent arriver à temps afin de permettre une bonne réalisation de l'activité
CSPS Kamadena NOUNA	Fonds enregistrés dans les livres de trésorerie de la formation sanitaire, ensuite utilisés pour la réalisation des activités	Retard de financement et ce financement ne couvre pas les besoins réels du fonctionnement de la CSPS  Solution : alléger les procédures administratives
CSPS Boussoukoula BATIE	Rencontre des services, viser le plan d'action et mise en œuvre du plan d'amélioration de performance	Insuffisance des montants alloués au gaz
CSPS Legmoin BATIE	Fourniture de pièces justificatives des dépenses et des rapports d'activités	Insuffisance des financements ; ils ne couvrent pas les besoins de la formation sanitaire
CSPS Niché (Batié)	<i>Pas de retour</i>	<i>Pas de retour</i>
ECD BATIE	Les dispositions sont : Les fonds sont logés au trésor par les régisseurs de recettes ; Des rapports sont produits mensuellement ; Des états de rapprochement mensuel sont faits par la régie d'avances ; Des pièces justificatives sont archivées chez les gestionnaires. Toute ressource reversée aux CSPS doit être réenregistrée dans les outils de gestion.	Insuffisances des ressources ; <ul style="list-style-type: none"><li>- Allocation tardive de certaines ressources ;</li><li>- Certaines ressources ne sont pas accompagnées de budget ;</li><li>- Manque de documents qui prouvent que certains bailleurs sont exonérés de la TVA ;</li><li>- Difficultés de faire certifier les photocopies pièces justificatives par les bailleurs</li></ul>
CMA BATIE	R.A.S	R.A.S

Nom de la structure	Quelles sont les dispositions en vigueur pour gérer les montants reçus – pouvez-vous les décrire brièvement ?	Rencontrez-vous des difficultés par rapports aux financements reçus, à la couverture de vos besoins, aux modalités de gestion ? Si oui, pourriez-vous les décrire brièvement et aussi faire part de la façon dont elles pourraient être résolues selon vous ?
ECD Dafra BOBO	le district reçoit les subventions du ministère par chèque. Chèque déposé sur compte trésor du district est ensuite retiré en émettant un chèque au nom du régisseur d'avance du district, qui est chargé à son tour de la répartition du montant par FS par l'émission de chèque aux noms des FS.	Retard dans les remboursements SONU ; montants des subventions insuffisants (« ne couvrent pas les besoins réels des FS »)
CMA Dafra	<i>Pas de retour</i>	<i>Pas de retour</i>
CMA TOMA :	Le CMA dispose d'un service de gestion chargé du suivi de ressources financières et matérielles	Les ressources ne couvrent pas les besoins, ce qui engendre des difficultés de fonctionnement. Cet état des faits pourrait trouver une solution dans la bonne estimation des besoins par les services et l'utilisation efficace des dotations en matériels et consommables.
ECD TOMA	Des supports de gestion standards sont disponibles dans les formations sanitaires pour la gestion des fonds transférés.	Certaines difficultés sont rencontrées du fait du mauvais remplissage des supports de gestion et de l'insuffisance des ressources transférées.
ECD DANDE	L'arrêté de création des régies de dépenses Le manuel de procédure du PADS	R.A.S
CMA DANDE	L'arrêté de création des régies de dépenses Le manuel de procédure du PADS	??
CSPS Dandé	<i>Pas de réponse</i>	<i>Pas de réponse</i>
CSPS Mangorotou (Dandé)	Transférer les fonds en partiel dans les comptes du bénéficiaire/mettre en place une équipe de gestion avec des outils régissant les bonnes pratiques de la gestion des ressources de la collectivité.	Oui. Ces financements sont insuffisants et surtout les fonds transférés ne conviennent pas aux besoins réels d'un CSPS. La gestion des fonds transférés n'implique pas les acteurs ICP/COGES. Impliquer activement les membres du COGES/ICP Mettre à la disposition du premier bénéficiaire une partialité des fonds transférés.
CSPS Samandéni	<i>Pas de réponse</i>	<i>Pas de réponse</i>
ECD LEO	<i>Pas de retour</i>	<i>Pas de retour</i>
CMA LEO	<i>Pas de retour</i>	<i>Pas de retour</i>
CSPS Secteur 1 LEO	Améliorer la performance des activités menées au service, renforcer la compétence des agents <i>(ne répond pas à la question)</i>	Ressources financières insuffisantes par rapport aux besoins (ressources PADS : carburant sta avancée et supervision) fond FBR : financement tardif des ressources : rendre disponible les ressources à temps afin de pouvoir résoudre certaines difficultés auxquelles nous faisons face.
CSPS Sanga (LEO)	Améliorer la performance des activités menées au service, renforcer la compétence des agents <i>(ne répond pas à la question)</i>	Ressources financières insuffisantes par rapport aux besoins (ressources PADS : carburant sta avancée et supervision) fond FBR : financement tardif des ressources : rendre disponible les ressources à temps afin de pouvoir résoudre certaines difficultés auxquelles nous faisons face.
CSPS Kamandéna	<i>Pas de retour</i>	<i>Pas de retour</i>
CSPS Beun	Enregistrer dans le livre de trésorerie et faire les sorties selon les besoins	<i>Pas de réponse</i>
ECD SEBBA	<i>Pas de réponse</i>	<i>Pas de réponse</i>
CMA SEBBA	<i>Pas de réponse</i>	<i>Pas de réponse</i>
ECD BOUSSE	<i>Pas de réponse</i>	<i>Pas de réponse</i>
CMA BOUSSE	<i>Pas de retour</i>	<i>Pas de retour</i>
CMA MANGA	<i>Pas de retour</i>	<i>Pas de retour</i>
ECD SAPOUY	<i>Pas de retour</i>	<i>Pas de retour</i>
CMA SAPOUY	<i>Pas de retour</i>	<i>Pas de retour</i>
CSPS Gallo SAPOUY	même système de gestion du COGES et directement dans les caisses du COGES	Difficultés d'obtention des fonds

### Annexe 3.2 Réponses des COGES

NOM du CSPS (et du DS)	Par quel mécanisme recevez-vous les fonds de chaque bailleur destinés à votre structure pour la mise en œuvre des activités ?	Que savez-vous du mécanisme de transfert des ressources aux communes ?	Depuis combien de temps recevez-vous des financements par la Mairie ?	Les montants qui vous sont transférés vous sont-ils communiqués à l'avance ?	Par quel canal avez-vous eu l'information que vos fonds sont logés à la Mairie ?	Quelle est la périodicité de réception des fonds transférés ?	Pour quel type de dépenses les montants transférés sont-elles définies ?	Les montants alloués sont-ils en conformité avec les besoins de votre formation sanitaire (commentez si nécessaire)	Existe-t-il un cadre de concertation formelle entre votre COGES et la mairie ? si oui, quels sont les thèmes de discussion les plus récurrents ?	Les fonds et dons des différentes sources suffisent-ils à couvrir vos besoins et si non, pouvez-vous estimer le manque de financement et pour quels type de dépenses / de besoins ?	Quelles sont les difficultés rencontrées dans le mécanisme de transfert des compétences ?	Quelles suggestions faites-vous pour améliorer le principe de transfert des compétences des CSP aux mairies ?
TA SECTEUR 30 (Bogodogo)	Achats directs de matériel	Assez lourd et peu efficace eu égard au retard de dotation et spécifiés aux besoins exprimés	2014	Oui	Information par le district sanitaire / l'ECD	Annuel	Médicaments, Consommables, Produits d'hygiène, petit matériel médico-technique	Non, nous aurions souhaité une prise en charge par la mairie de nos factures d'électricité et une dotation plus importante en matériel médico-technique	Non	Insuffisance des fonds. Avances de financement des besoins exprimés nouvelles infrastructure (construction de (SMI)	Mauvaise interprétation des rapports entre la mairie et les services techniques. Insuffisance d'appui mais plutôt substitution contrôleur.	Transfert direct des fonds au compte COGES (qui représente la communauté) et qui effectuera les dépenses en fonction des besoins exprimés.
NAGBAN-GRE / Koubri (Bogodogo)	Achats directs de matériel	Mairie mais la gestion technique reste toujours à l'actif du district	2013	Oui	Information par la mairie, Information par le district sanitaire / l'ECD	Annuel	Médicaments, Consommables, Produits d'hygiène, carburant, fourniture, entretien moto	Non, insuffisant	Non, quelques rencontres avec les responsables des FS	Non, voir au double les ravitaillements en carburant matériels...	La non implication des responsables des FS	Prendre en compte les besoins réels des FS, améliorer le financement, implication des responsables, formaliser un cadre de concertation entre mairie et responsables FS/COGES
GONSE (Bogodogo)	<i>Pas de retour</i>											
DANDE (Dandé)	Achats directs de matériel	Mécanisme à travers lequel l'état accorde une autonomie de gestion des communes en leur transférant les ressources estimées aux structures décentralisées de l'Etat (école, CSPS...)	Depuis 2012	Oui	Information par le district sanitaire / l'ECD	Annuel	Médicaments, Consommables, Produits d'hygiène, et autres comme Imprimés spécifiques, matériel de protection, fourniture de bureau, gaz, carburant, entretien moto et bâtiment, matériel médico-technique	Le matériel reçu n'est souvent pas en conformité avec nos besoins (souvent les matériels ne sont pas d'actualité, on ne répond pas aux normes)	Non	Le manque c'est surtout le matériel médico-technique, fourniture bureau, matériel d'entretien, réparation moto.	Dur l'estimation réelle du matériel reçu les structures rejoignent en réalité le 1/3 du montant alloué.	Afin de permettre au CSPS de bénéficier réellement des montants alloués, il serait judicieux que les mairies transfèrent les fonds dans les comptes des CSPS et suivent périodiquement les dépenses effectuées.
MANGO-ROTOU (Dandé)	<i>Pas de retour</i>											
SAMAN-DENI (Dandé)	<i>Pas de retour</i>											

NOM du CSPS (et du DS)	Par quel mécanisme recevez-vous les fonds de chaque bailleur destinés à votre structure pour la mise en œuvre des activités ?	Que savez-vous du mécanisme de transfert des ressources aux communes ?	Depuis combien de temps recevez-vous des financements par la Mairie ?	Les montants qui vous sont transférés vous sont-ils communiqués à l'avance ?	Par quel canal avez-vous eu l'information que vos fonds sont logés à la Mairie ?	Quelle est la périodicité de réception des fonds transférés ?	Pour quel type de dépenses les montants transférés sont-elles définies ?	Les montants alloués sont-ils en conformité avec les besoins de votre formation sanitaire (commentez si nécessaire)	Existe-t-il un cadre de concertation formelle entre votre COGES et la mairie ? si oui, quels sont les thèmes de discussion les plus récurrents ?	Les fonds et dons des différentes sources suffisent-ils à couvrir vos besoins et si non, pouvez-vous estimer le manque de financement et pour quels type de dépenses / de besoins ?	Quelles sont les difficultés rencontrées dans le mécanisme de transfert des compétences ?	Quelles suggestions faites-vous pour améliorer le principe de transfert des compétences des CSPS aux mairies ?
DJIBASSO (Nouna)	Achats directs de matériel  Déjà reçu des fonds en liquidité	Lignes budgétaires transférées à la mairie	Depuis 2013	Non, par curiosité nous demandons les lignes et les montants	Information par le district sanitaire / l'ECD	Annuel	Médicaments,  Consommables, Produits d'hygiène_ et autres comme maintenance des motos	Non, insuffisance des dotations surtout les produits d'entretien, des fournitures, du gaz et du carburant	Non	Insuffisance des fonds	Retard d'acquisition, la moindre implication des bénéficiaires, toutes les lignes transférées ne sont pas perçues	Tenir compte des prix des articles, des besoins réels des bénéficiaires, impliquer les bénéficiaires dans l'acquisition du matériel, respect des lignes transférées, améliorer les délais de financement, transférer directement dans les comptes des CSPS quand il ne s'agit pas de matériel.
COMMUNAL 2 (Nouna)	Achats directs de matériel  Transmission directe par chèque ou en espèce	La gestion des services de santé est déléguée à la mairie.	Depuis 2013	Non les montants ne sont pas communiqués à l'avance	Information par le district sanitaire / l'ECD	Annuel	Médicaments,  Consommables, Produits d'hygiène_ et autres comme fournitures de bureau et produits d'entretien des véhicules	Au regard des montants subventionnés par l'Etat, cela suffit pour nos besoins mais par contre les matériels que la mairie nous donne ne répondent à nos expressions de besoin.	Non	Ces fonds suffisent s'il y a concertation et respect des expressions de besoins	Retard dans l'acquisition des matériels et ces matériels ne répondent pas aux besoins exprimés et les coûts non indiqués.	Un cadre de concertation entre la mairie et les CSPS, un accompagnement de l'Etat.
KAMAN-DENI (Nouna)	Achats directs de matériel	Des ressources financières (1 200 000 FCFA par CSPS) sont transférées annuellement depuis 2013 aux communes pour le fonctionnement des CSPS.	2013	Non, une expression de besoin en matériels médicaux techniques et divers est fournie par le CSPS avant toute dotation	information par l'ECD	Annuelle	Médicaments,  Consommables, Produits d'hygiène	Non parce que les dotations reçues couvrent à peine les besoins d'un trimestre	Oui lors des assemblée Générale du CSPS faisant le bilan des activités chaque semaine y compris le bilan financier	Manque de financement pour acquisition de matériel médico-technique construction de logements pour le personnel, clôture CSPS.	Les fonds transférés sont perçus tardivement et ne couvrent pas les besoins exprimés par le CSPS	Que les dotations faites par les mairies puissent être améliorées quantitativement et qualitativement à défaut de pouvoir respecter les besoins exprimés par les CSPS. Les ressources transférées pourraient mieux profiter au CSPS si elles étaient directement perçues même si la mairie doit s'impliquer dans la gestion à travers des supervisions voire contrôles.
NICHE (Batié)	<i>Pas de réponses aux questions</i>											

NOM du CSPS (et du DS)	Par quel mécanisme recevez-vous les fonds de chaque bailleur destinés à votre structure pour la mise en œuvre des activités ?	Que savez-vous du mécanisme de transfert des ressources aux communes ?	Depuis combien de temps recevez-vous des financements par la Mairie ?	Les montants qui vous sont transférés vous sont-ils communiqués à l'avance ?	Par quel canal avez-vous eu l'information que vos fonds sont logés à la Mairie ?	Quelle est la périodicité de réception des fonds transférés ?	Pour quel type de dépenses les montants transférés sont-elles définies ?	Les montants alloués sont-ils en conformité avec les besoins de votre formation sanitaire (commentez si nécessaire)	Existe-t-il un cadre de concertation formelle entre votre COGES et la mairie ? si oui, quels sont les thèmes de discussion les plus récurrents ?	Les fonds et dons des différentes sources suffisent-ils à couvrir vos besoins et si non, pouvez-vous estimer le manque de financement et pour quels type de dépenses / de besoins ?	Quelles sont les difficultés rencontrées dans le mécanisme de transfert des compétences ?	Quelles suggestions faites-vous pour améliorer le principe de transfert des compétences des CSP aux mairies ?
BOUSSOU-KOULA (Batié)	Transfert direct dans vos comptes	Fonds transférés à la mairie en collaboration avec les CSPS	2ans	Oui	Information par le ministère de la santé  Information par la mairie	Annuel	Médicaments,  Consommables, Produits d'hygiène, réparation, entretien bâtiment gaz pour le PEV	Oui mais les besoins dépassent les montants alloués	Oui gestion	Manque et insuffisance de fonds	Certaines commandes sont faites sans l'avis (« à l'insu ») du spécialiste sur les médicaments et produits pharmaceutiques	Informers sur les ressources disponibles, concertation entre mairie-COGES et agents de santé, canaliser les dépenses, inviter les agents de santé à voir les échantillons avant les commandes.
LEGMOIN (Batié)	Achats directs de matériel, chèques	Transfert des ressources financières des CSPS dans les comptes des mairies	Depuis 2013	Oui	Information par la maire,  Information par le district sanitaire / l'ECD	Annuel	Médicaments,  Consommables, Produits d'hygiène, réparation moto, carburant	Très insuffisant	Assemblée générale, session du conseil municipal	Insuffisance des fonds et des dons	Décassement tardif, lenteur dans l'acquisition des médicaments, consommables produits d'entretien et autres	Débloccage du journal des fonds de la part des mairies
SECTEUR 1 (Léo)	<i>Pas de retour</i>											
SANGA (Léo)	<i>Pas de retour</i>											
BEUN (Léo)	<i>Pas de retour</i>											
GALLO (Sapouy)	Via le district sanitaire	Remise à la mairie les ressources humaines et financières qui relèvent de la commune	2013	Oui pas des montants mais du matériel	Information par le district sanitaire / l'ECD	Annuel	Médicaments,  Consommables, Produits d'hygiène,	Non	Oui à l'occasion des CSD	Insuffisance des fonds	Le déblocage des fonds ou complexité des marchés publics	Transférer directement les fonds dans les comptes des COGES, alléger la procédure des marchés publics.

### Annexe 3.3. Réponses des Communes

NOM de la Commune (CSPS couverts)	Que savez-vous du transfert des compétences et des ressources aux communes ?	Depuis combien de temps recevez-vous des transferts de fonds au profit des CSPS ?	Comment l'enveloppe allouée aux CSPS est-elle définie ?	Comment les ressources sont-elles transférées dans vos comptes ?	Quelle est la périodicité de transfert des ressources dans vos comptes ? Trimestrielle ? semestrielle ? annuelle -- ?	Les fonds alloués sont-ils en conformité avec le besoin exprimé ? Si oui pourquoi ?	Quels types de dépenses effectuez-vous au profit des CSPS ? Sur quels fonds ?	Existe-t-il un cadre de concertation formelle entre la mairie et les COGES ? si oui, quels sont les thèmes de discussion les plus récurrents ?	Quelles sont les difficultés rencontrées dans le mécanisme de transfert des compétences ?	Quelles suggestions faites-vous pour améliorer le principe de transfert des compétences des CSPS aux mairies ?
ARRONDISSEMENT 5 – OUAGA-DOUGOU (TA Secteur 30, Gonsé)	Transfert des compétences effectif	Depuis 2014	Sur présentation d'un programme d'activité : Non  L'arrondissement 5 a reçu 1.299.700 FCFA par CSPS (deux CSPS)	Par virement bancaire	Annuelle	Non	Matériel de protection consommables médicaux médicaments  - matériel médico-technique	Non	Les transferts ne nous parviennent pas à temps, les transferts viennent dans des rubriques budgétaires. Est-ce que ce sont les CSPS qui expriment leurs besoins ?	Impliquer les CSPS pour l'expression de leurs besoins, augmenter le montant alloué pour les CSPS, créer un cadre de concertation entre la mairie les CSPS et le COGES, permettre aux COGES de commander directement leur produits à la CAMEG
KOUBRI (Nagban-gré)	<i>Pas de retour</i>									
DANDE (Dandé)	existence d'un décret de transfert des compétences et des ressources aux communes. En plus il existe un protocole d'opérationnalisation signé entre le Gouvernement et les Mairies des Communes.	2012	arrêté interministériel en son article : Ressources financières destinées aux charges récurrentes	Les transferts au niveau de nos comptes au Trésor	Annuelle	Non	r fonds propres, construction d'une salle d'hospitalisation et réhabilitation du dépôt ME à Dandé	Aucun cadre formel. La Mairie n'a jamais rencontré le COGES sur son fonctionnement	Les transferts ne sont pas faits à temps. Les dépenses sont souvent engagées avant le transfert des fonds.	n.d
KOUN-DOUGOU (Mango-rotou)	<i>Pas de retour</i>									
BAMA (Saman-déni)	Le transfert des compétences et des ressources aux communes est objectif	2009	Affectation des ressources et répartition par formation sanitaire contenues dans un arrêté du Ministère de la santé.	A travers les comptes du Trésor public	Annuelle	Non, les ressources transférées ne couvraient les besoins estimés.	petits matériels médico-techniques fournitures. Etc. petits matériels médico-techniques gaz butane autres sources d'énergies fournitures. pièces de rechanges - Carburant.	Non, il n'en existe pas faute de ressources financières	Insuffisance des ressources financières rend l'exécution de la demande publique difficile car ne correspond pas d'une part aux besoins et est insuffisant	– L'augmentation des ressources transférées – La prise en compte des besoins spécifiques prioritaires de chaque CSPS.

NOM de la Commune (CSPS couverts)	Que savez-vous du transfert des compétences et des ressources aux communes ?	Depuis combien de temps recevez-vous des transferts de fonds au profit des CSPS ?	Comment l'enveloppe allouée aux CSPS est-elle définie ?	Comment les ressources sont-elles transférées dans vos comptes ?	Quelle est la périodicité de transfert des ressources dans vos comptes ? Trimestrielle ? semestrielle ? annuelle -- ?	Les fonds alloués sont-ils en conformité avec le besoin exprimé ? Si oui pourquoi ?	Quels types de dépenses effectuez-vous au profit des CSPS ? Sur quels fonds ?	Existe-t-il un cadre de concertation formelle entre la mairie et les COGES ? si oui, quels sont les thèmes de discussion les plus récurrents ?	Quelles sont les difficultés rencontrées dans le mécanisme de transfert des compétences ?	Quelles suggestions faites-vous pour améliorer le principe de transfert des compétences des CSPS aux mairies ?
NOUNA (pas de CSPS couvert – mais un CMA)	CSPS, propriété de la commune. Les agents qui y travaillent sont mis à la disposition de la collectivité ainsi que les ressources financières	4 ans, depuis 2010	a. Au regard des activités prioritaires des CSPS b. Selon le nombre de CSPS situés dans l'aire communale	Ressources transférées dans le compte trésor de la commune suivant l'arrêté conjoint santé, finance et l'administration territoriale	Annuelle et intervient à des périodes diverses	Oui ! Généralement les besoins exprimés rentrent dans le cadre du fonctionnement des CSPS et cela semble indispensable	En 2012 : Construction d'une maternité et d'un dépôt pharmaceutique ; Réhabilitation d'un CSPS ; en 2013 : Achat de médicaments, gaz, carburant et matériels de protection et d'entretien,	Non, sauf que la mairie y est représentée	Retard excessif des transferts de fond à la commune, la faiblesse des enveloppes allouées par rapport aux besoins exprimés par les CSPS	+ Transférer à temps les fonds aux collectivités, + Rehausser les montants alloués
BATIE (Niché)	Le transfert des compétences est consigné dans le code général des collectivités territoriales comme principe général de la décentralisation. De façon pratique, ce transfert de compétence est effectif depuis 2009 avec la signature des protocoles d'opération intervenu en mars 2009.	Depuis 2013	(autre modalité) Règles de la progressivité et de la subsidiarité définies par le ministère en charge de la santé	Par virement dans le compte de la commune localisé à la perception de Batié	Annuelle	Non	Des dépenses de : carburant pour évacuation sanitaire, gaz pour chaîne de froid, fournitures de bureau et imprimés, matériel et petit matériel médico technique, médicaments et consommables médicaux, entretien de véhicules et bâtiments	Non	ressources transférées insignifiantes et en deçà des besoins exprimés par les CSPS, -retard dans le virement des fonds dans les caisses de la commune, -désengagement de l'Etat constaté	Que l'Etat prenne ses responsabilités vis-à-vis du domaine de la santé, -ne pas faire de l'a peu près, le transfert se fait selon la règle de la progressivité et la subsidiarité (CGCT), si le ministère de la santé n'est pas prêt, qu'il ne mette pas les CSPS et les mairies en conflit : des fonds insignifiants et virés avec un retard criard (31 décembre 2014 pour les transferts de 2014) pour des besoins inestimables.
SAPOUY (Gallo – finalement non inclus à l'échantillon)	Le transfert est effectif dans le budget communal et sert à assurer les dépenses liées au fonctionnement des formations sanitaires et aux travaux de construction ou de réhabilitation d'infrastructures sanitaires.	Depuis 2012	a. dotations définies par l'Etat sur arrêté de transfert  b. Oui, il distingue la dotation des CSPS ruraux aux CSPS urbains.	A travers du compte TRESOR de la Commune	Annuel	Non	Les dépenses relatives aux produits pharmaceutiques, aux fournitures de bureau/spécifiques, aux produits d'entretien, aux travaux de construction et de réhabilitation, au carburant et au gaz pour chaîne de froid. Sur fonds transférés.	Pour le moment non mais la réflexion est actuellement en cours.	Difficultés liées à la dotation tardive des fonds.	faire les dotations à temps et mettre les arrêtés de transfert à notre disposition à temps.  Améliorer les dotations financières en tenant compte des besoins exprimés par les acteurs locaux.
LEO (Secteur 1, Sanga)	Transfert de compétences : domaines des compétences de l'Etat dévolus aux CT. Onze (11) domaines sont concernés transfert de ressources : fonds de l'Etat alloués aux CT pour la gestion des domaines transférés	Depuis 2010	existence d'une clé de répartition, mais selon les besoins	Par virement compte trésor	Annuelle	Non	Réfection de CSPS, réparation d'engins à deux roues (fonds transférés + budget communal)	Non	Insuffisances des ressources transférées, faible niveau des budgets des collectivités pour gestion des domaines transférés	Augmentation des ressources transférées

NOM de la Commune (CSPS couverts)	Que savez-vous du transfert des compétences et des ressources aux communes ?	Depuis combien de temps recevez-vous des transferts de fonds au profit des CSPS ?	Comment l'enveloppe allouée aux CSPS est-elle définie ?	Comment les ressources sont-elles transférées dans vos comptes ?	Quelle est la périodicité de transfert des ressources dans vos comptes ? Trimestrielle ? semestrielle ? annuelle -- ?	Les fonds alloués sont-ils en conformité avec le besoin exprimé ? Si oui pourquoi ?	Quels types de dépenses effectuez-vous au profit des CSPS ? Sur quels fonds ?	Existe-t-il un cadre de concertation formelle entre la mairie et les COGES ? si oui, quels sont les thèmes de discussion les plus récurrents ?	Quelles sont les difficultés rencontrées dans le mécanisme de transfert des compétences ?	Quelles suggestions faites-vous pour améliorer le principe de transfert des compétences des CSPS aux mairies ?
TO (Beun)	<i>Pas de retour</i>									
BOUSSOU-KOULA (Boussou-koula)	transfert des compétences est consigné dans le code général des collectivités territoriales comme principe général de la décentralisation. De façon pratique, ce transfert de compétence est effectif depuis 2009 avec la signature des protocoles d'opération intervenu en mars 2009	2013	Règles de la progressivité et de la subsidiarité définies par le ministère en charge de la santé.	Par virement dans le compte de la commune localisé à la perception de Batié.	Annuelle	Non	Des dépenses de : carburant pour évacuation sanitaire, gaz pour chaine de froid, fournitures de bureau et imprimés, matériel et petit matériel médico technique, médicaments et consommables médicaux, entretien de véhicules et bâtiment.	Oui. – Procédure de passation de marchés publics – Les charges pouvant être supportées par la commune dans le cadre des transferts des ressources	Dotation en-deçà des besoins exprimés par les CSPS,  Retard dans le virement des fonds dans les caisses de la commune.  Désengagement de l'Etat.	Que l'Etat reprenne ses responsabilités vis-à-vis du domaine de la santé
LEGMOIN (Legmoin)	Etat délègue une partie de ses compétences aux communes en accompagnement des ressources nécessaires	2013	Arrêté portant transfert de ressources au profit des CSPS.	Sur Arrêté interministériel portant transfert de ressources au profit des CSPS.		Non	Achat de matériels d'entretien, médicament, matériels de protection, médico techniques sur les fonds transférés		Les ressources transférées parviennent tardivement dans le compte de la commune	Les ressources transférées peuvent être virées dans le compte de la commune un peu tôt.
DJIBASSO (Djibasso, Communal 2, Kaman-dena) (Note : 3 questions traitées ; pas de chiffres)	Le transfert des compétences donne un suivi direct et réorganisation ou d'activité et une étape de la décentralisation. Donner les ressources aux c'est nous confier les fonds pour effectuer les dépenses	2013	Les montants sont donnés en fonction du nombre de CSPS	...	...	...	...	...	...	...

## **ANNEXE 4**

### **Etude du coût des prestations des FS - Approche par la comptabilité analytique**

## Sommaire

<b>1</b>	<b>Note méthodologique .....</b>	<b>2</b>
1.1	Objectifs de l'étude .....	2
1.2	Méthode de calcul des coûts .....	2
1.3	Modèle de coût des CMA .....	8
1.4	Modèle de coûts des CSPS .....	9
<b>2</b>	<b>Résultats .....</b>	<b>10</b>

### Liste des tableaux

Tableau 1 :	Estimation des coûts salariaux moyens par District Sanitaire (2014-15).....	6
Tableau 2 :	Coûts totaux par type de dépenses, en Francs CFA, 2014 .....	10
Tableau 3 :	Coûts totaux par centre de coût, en Francs CFA, 2014.....	10
Tableau 4 :	Répartition du personnel par niveau de service, 2014.....	10
Tableau 5 :	Coûts totaux par service clinique, en Francs CFA, 2014.....	11
Tableau 6 :	Coût par consultation et journée d'hospitalisation pour les CMA, en Francs CFA, 2014* .....	11
Tableau 7 :	Nombre de consultations et de journées d'hospitalisation.....	12

## 1 Note méthodologique

Conformément aux TdR de l'étude, la note méthodologique prévoyait, pour l'étude de coûts, la prise en compte d'un échantillon de 15 CSPS et de 11 CMA, l'élaboration de coûts par service ou paquet de prestations (et non par prestation individuellement), et plusieurs résultats de calculs : sur la base des coûts réellement comptabilisés, et sur la base de normes (en personnel, en équipement).

Malheureusement, en raison de ressources insuffisantes allouées à l'étude, l'analyse des coûts n'a pu dépasser le stade de l'élaboration du modèle de calcul des coûts et son test sur un CMA (de Nouna). Les coûts utilisés sont ceux, réels, enregistrés dans les rapports financiers du CMA pour l'année 2014 complète, complétée par les données de coûts du personnel d'Etat et des équipements et bâtiments (pour le calcul d'amortissement) sur la base de standards communiqués par le Ministère de la Santé.

Les données financières ont été collectées pour un ensemble de FS (11 CMA et 14 CSPA) mais il resterait à les intégrer dans le modèle, et aussi à mener des simulations en appliquant différents scénarios, en particulier en appliquant les normes de personnel en vigueur ou récemment proposées mais non encore officiellement adoptées.

### 1.1 Objectifs de l'étude

L'objectif de l'étude de coût est d'obtenir un coût moyen de catégories de prestations définies, fournies dans les CMA et les CSPA, par le biais d'un coût par consultation et d'une journée d'hospitalisation.

### 1.2 Méthode de calcul des coûts

Comme discuté dans la note méthodologique, une revue de méthode d'élaboration des coûts de prestations de santé dans les formations sanitaires de type hôpital a été effectuée préalablement au choix de la méthode à appliquer. Les modèles disponibles, présentés et discutés dans la note méthodologique, de type HOSPICAL, COSTIT ou CORE PLUS, ont été écartés car trop sophistiqués ou mal adaptés aux besoins de l'étude et à ses données, et un modèle ad-hoc a été développé pour les CMA, ensuite adapté (simplifié) pour les CSPA.

Les principes de la méthode appliquée en définitive ont été décrits dans l'annexe 5 de la note méthodologique. Les étapes prévues pour l'élaboration des coûts, telles que décrites dans cette annexe, sont les suivantes (en simplifié) :

1. Définition des objets de coûts (paquets d'activité, prestations...);
2. Analyse des processus de prestation ;
3. Identification des centres d'analyse ou de coûts (services / prestations), aussi appelées « sections homogènes » ;
4. Identification/Codification des centres principaux et des centres de soutien et auxiliaires ;
5. Choix des unités d'œuvre des centres de coûts / sections homogènes (nature des unités d'œuvre) qui mesurent le niveau d'activité des centres ;
6. Quantification des unités d'œuvre (volume des unités d'œuvre);
7. Détermination de la répartition du volume des unités d'œuvre ;

8. Identification des ressources et des charges correspondantes à chaque centre d'analyse / section homogène ;
9. Répartition primaire (*répartition des charges des centres de coûts de support (administration, services de gardiennage, etc.) sur l'ensemble des centres consommateurs de leurs services (sur la base des clés de répartition calculées au point 7) ;*
10. Répartition secondaire : *répartition des coûts des centres auxiliaires (laboratoire, pharmacie, imagerie médicale, buanderie, etc.) sur les centres de services directs (chirurgie, hospitalisation, DTP, médecine générale, pédiatrie, etc.) qu'ils ont appuyés, au moyen des clés de répartition calculées au point 7 ;*
11. Calcul des coûts des objets de coûts (*division du coût total des centres primaires ou principaux après finalisation de la répartition de toutes les charges indirectes / des coûts des services de soutien et auxiliaires, par le volume d'activité de chaque centre, ou de chaque catégorie de prestation identifiée*).

Ci-après est décrite la façon donc ces principes ont été appliqués dans le cadre de la présente étude.

Les « objets de coûts » ont été discutés lors de réunions de travail tenues en septembre et en décembre 2014, et confirmés par des échanges électroniques entre divers participants à ces réunions par la suite (échanges datant de février-mars 2015). Les catégories de prestations envisagées lors de ces discussions pour les calculs portaient sur :

#### **CSPS**

- prise en charge de l'enfant malade y compris la malnutrition et activités préventives et promotionnelles
- prise en charge de la femme enceinte, parturiente et femme en âge de procréer, y compris VAT,
- prise charge des maladies chroniques au CSPS
- prise en charge d'autres patients

#### **CMA**

- admissions en pédiatrie
- admissions en gynéco-obstétrique
- admissions en médecine
- admissions en chirurgie
- consultations de référence

Une méthode comptable dite analytique a été employée. Elle consiste à répartir les coûts de chaque formation sanitaire en fonction de leur degré de participation (directe ou indirecte) à la formation du coût final de la prestation. Ce coût final est donc un coût complet, qui reprend l'ensemble des activités, médicales, médico-techniques ou administratives, participant à la production des prestations. Pour ce faire, et conformément à ce qui est couramment pratiqué dans ce genre de démarche, trois niveaux analytiques ont été déterminés dans le cas des CMA comme des CSPS, allant du moins directement lié à la production de la prestation, au plus directement lié :

- Services d'appui administratif
- Services auxiliaires (appelés ici « médico-techniques »)
- Services cliniques

L'objectif final est d'élaborer les coûts unitaires d'une consultation (pour les services ambulatoires) ou d'une journée d'hospitalisation (pour les services incluant l'hospitalisation).

La méthode de calcul de ces coûts consiste à répartir les coûts des niveaux de service administratifs et auxiliaires dans les coûts des services médicaux. On procède en deux étapes : tout

d'abord on répartit le coût du premier niveau (services d'appui administratif) dans les deux autres niveaux, puis, le coût du deuxième niveau (augmenté d'une quote-part des coûts du premier niveau) dans le dernier niveau (qui est déjà lui aussi augmenté d'une quote-part du premier niveau). C'est donc d'une allocation « en cascade » à laquelle il est procédé.

Pour mener à bien l'opération d'allocation en cascade des coûts des niveaux de services, il convient au préalable de répartir les différents niveaux analytiques en différents sous-services, appelé « centres de coûts » ou « sections homogènes ». Ceci permet de définir plus précisément les objets de coûts (les paquets de prestations ou services que dont on souhaite élaborer les coûts).

Centre de Coût	CMA	CSPS/CM
<b>Support administratif</b>	Administration	Administration
<b>Support médicotechnique</b>	Laboratoire, pharmacie, service d'imagerie médicale,	Aucun, DMEG ? LABORATOIRE
<b>Services Cliniques</b>	Urgence/Dispensaire, Ophtalmologie/ORL/Odontologie. Bloc/chirurgie buanderie, Pédiatrie, Médecine Générale, Maternité	Dispensaire, Maternité

L'allocation des coûts s'effectue en deux étapes, à l'aide de clés de répartition de la manière suivante qui appliquent les unités d'œuvre définies pour chaque centre de coûts :

- Les services administratifs sont d'abord alloués aux services médicotechniques et cliniques. On utilise les unités d'œuvre définies pour ces centres. Par exemple, pour l'administration, la répartition se fait proportionnellement au nombre d'employés des services médicotechniques et cliniques. Par exemple si le Laboratoire compte 50% du personnel des services médicotechniques (laboratoire, pharmacie et service d'imagerie médicale) et cliniques, alors le coût total des services administratif sera multiplié par 0,5 pour comptabiliser la portion du coût administratif revenant au coût des services de laboratoire.

Dans un deuxième temps, une fois l'ensemble des coûts des services administratifs reversés sur les centres de coût médicotechniques et cliniques, on répartit les coûts des services médicotechniques sur les centres de coûts des services cliniques. Là aussi, on utilise les unités d'œuvre définies pour les centres de coûts médicotechniques :

- Les coûts des services médicotechniques (laboratoire, pharmacie, buanderie et service d'imagerie médicale) sont alloués sur la base du nombre de journées d'hospitalisation ou équivalence en termes de consultation. Par exemple, on peut considérer que 3000 consultations en urgence/dispensaire est l'équivalent de 1000 journées d'hospitalisations (Shepard, 2000).

Les unités d'œuvre des services sont les indicateurs qui permettent de mesurer l'activité des services pour une période donnée. Pour un CMA, on pourrait avoir les unités d'œuvre suivantes :

Services	Unités d'œuvre envisagées
Médecine générale	Nombre de patients reçus
Urgence médicale	Nombre de patients reçus
Maternité	Nombre d'accouchements (envisager de détailler par type d'accouchement)
Pédiatrie	Nombre de patients reçus
Chirurgie (consultation)	Nombre de patients reçus
Bloc opératoire (chirurgie)	Nombre de patients opérés
Imagerie médicale (Radiologie)	Nombre d'examens réalisés
Ophthalmologie	Nombre de patients reçus
ORL	Nombre de patients reçus
Cardiologie	Nombre de patients reçus
Laboratoire	Nombre d'examens réalisés
Hospitalisation	Nombre de journées d'hospitalisation
Unité CDT (tuberculose)	Nombre de patients reçus
Unité IST/VIH-SIDA	Nombre de patients reçus
Unité de santé mentale	Nombre de patients reçus
Administration	Effectif des services
Entretien	Surface des services
Electricité / gaz / énergie	Puissance installée / consommation enregistrée / effectif des services
Sécurité / Gardiennage	Effectif des services
Pharmacie (y compris le dépôt MEG)	Consommations des services / Effectif des services
Caisse	Nombre de prestations / patients
Buanderie	Nombre de journées d'hospitalisation / de patients
Morgue	Nombre de décès enregistrés

Dans un premier temps il fallait identifier l'ensemble des coûts correspondant à la production de services des FS. Ceci comprend les rubriques suivantes :

- Personnel (d'Etat comme payé par les ressources propres)
- Dépenses courantes hors personnel (entretien, produits pharmaceutiques, carburants, consommables divers, etc.)
- Dépenses en capital (bâtiments, infrastructures, équipements)

Pour la valorisation des coûts salariaux, en l'absence de données en provenance de la DAF ou de la DRH, par FS, nous avons entrepris de calculer un coût moyen par type de poste de travail, à partir des données fournies par la DRH pour les prévisions budgétaires 2015, par DS. Un échantillon de 7 de ces DS a servi pour calculer les coûts pour les FS de ces DS et aussi pour établir des moyennes de l'échantillon qui pouvaient être compléter une information manquante dans d'autres FS (par exemple, à Nouna, on ne disposait pas de coût pour « caissière » et « agent de bureau », qui apparaissent comme des postes du CMA dans les données recueillies, alors qu'on ne dispose pas de telles définitions de postes dans les projections budgétaires. On a donc utilisé les données pour « secrétaire », type de poste pour lequel on n'a pas de coût pour le DS de Nouna. On a donc retenu la moyenne de trois autres DS (soit 1.633.598 FCFA annuels) pour l'appliquer au CMA de Nouna.

**Tableau 1: Estimation des coûts salariaux moyens par District Sanitaire (2014-15)**

En FCFA	Echantillon de DS							Moyenne des DS	Moy. Mensuelle
	Nouna	Toma	Secteur 30 / Bogodogo	Dandé	Batié	Sebba	Léo		
AA	1 746 299	1 687 344	1 740 511	1 748 334	1 617 310	1 594 975	1 695 824	1 690 085	140 840
AB	2 245 308	2 211 714	2 211 714	2 211 714			2 278 901	2 231 870	185 989
ACH	2 370 089		1 944 940	1 924 901	1 958 495	2 221 046	1 895 297	2 052 461	171 038
AHSS			3 115 657			2 480 819		2 798 238	233 187
AIS	1 750 796	1 730 644	1 747 684	1 731 469	1 719 985	1 737 247	1 713 405	1 733 033	144 419
Attaché de Santé		3 847 595	3 926 574	3 968 914		4 025 574	3 831 595	3 920 051	326 671
Biologiste			4 000 069					4 000 069	333 339
Chauffeur	1 398 624	1 425 624	1 465 105	1 622 624	1 556 902	1 551 383	1 612 763	1 519 004	126 584
Chirurgien-dentiste			4 390 132					4 390 132	365 844
Comptable			2 288 955					2 288 955	190 746
Garçon / Fille de Salle	1 668 445	1 669 776	1 574 727	1 611 324	1 595 668	1 576 633	1 615 480	1 616 008	134 667
GHSS	2 540 578		2 514 723	2 396 819		3 011 013		2 615 783	217 982
IB	2 371 161	2 373 407	2 195 715	2 335 185	2 291 905	2 292 785	2 224 893	2 297 865	191 489
IDE	2 869 486	2 896 566	2 840 210	2 856 760	2 758 283	2 804 413	2 875 690	2 843 058	236 922
Laborantin			1 600 145					1 600 145	133 345
Médecin	5 146 844	4 956 607	4 397 170	4 371 822	4 739 369	4 478 544	4 682 369	4 681 818	390 152
Médecin Spécialiste			5 037 354					5 037 354	419 779
Nutritionniste			3 907 657					3 907 657	325 638
PEP		3 704 728	3 369 264	3 369 264	3 512 996	3 536 996	3 930 281	3 570 588	297 549
Pharmacien	5 113 844	5 022 607	4 413 363	4 468 132	4 468 132	4 468 132	4 390 132	4 620 620	385 052
Psychologue			4 101 524					4 101 524	341 794
Secrétaire		1 052 722	2 172 201			1 675 869		1 633 598	136 133
SF/ME	2 882 081	2 889 916	2 872 948	2 812 080	2 789 214	2 911 473	2 756 048	2 844 823	237 069

En FCFA	Echantillon de DS								
Postes	Nouna	Toma	Secteur 30 / Bogodogo	Dandé	Batié	Sebba	Léo	Moyenne des DS	Moy. Mensuelle
TBM	3 372 192	3 568 907	3 531 496	3 576 907	3 656 728	3 369 264	3 734 728	3 544 317	295 360
TEGS	3 536 996	3 638 996	3 410 330		3 512 996	3 369 264		3 493 716	291 143

#### Abréviations :

AA :	Accoucheuse Assistante
AB :	Accoucheuse Brevetée
ACH :	Adjoint/e des Cadres Hospitaliers
AHSS :	Administrateur/trice des Hôpitaux et des Services Sanitaires
AIS :	Agent/e Itinéraire de Santé
GHSS :	Gestionnaire des Hôpitaux et des Services Sanitaires
IB :	Infirmier/ère Breveté/e
IDE :	Infirmier/ère Diplômé/e d'Etat
PEP :	Préparateur/trice d'Etat en Pharmacie
SF/ME :	Sage-Femme / Maïeuticien d'Etat
TBM :	Technicien/ne Bio-médical(e)
TEGS :	Technicien/ne d'Etat en Génie Sanitaire

Les coûts salariaux appliqués aux personnels d'Etat des FS ont ensuite été calculés en multipliant le coût individuel indiqué ci-dessous par le nombre de personnes correspondant dans chaque service selon les indications des fiches de données.

### 1.3 Modèle de coût des CMA

Le modèle CMA a été construit sur la base d'une série d'hypothèses en raison de limitations dans la collecte des données :

- Toutes les informations ont été collectées pour l'année 2014, à l'exception du salaire du personnel, collecté pour 2015, afin de prendre en considération une augmentation récente de certaines allocations.
- La grille de salaire appliquée provient du Ministère de la Santé. Dans certains CMA, il n'y avait pas d'information salariale pour certaines catégories. Dans ce cas-là, la moyenne salariale de la catégorie en question a été utilisée. Par exemple, Nouna n'avait pas de données salariales pour la catégorie d'attaché de santé. Ainsi, la moyenne de 7 CMA a été utilisée et saisie dans le modèle CMA de Nouna.
- L'amortissement des équipements a été estimé sur une durée de 8 ans. Les bâtiments ayant une durée de vie plus longue, l'amortissement des bâtiments de chacun des services a été estimé sur une durée de 40 ans. Le prix de chaque équipement provient d'un pro-forma obtenu pour un CMA et le coût de construction des bâtiments d'un devis pour un autre CMA. Les prix des équipements ont été multipliés par la quantité de chaque équipement pour obtenir le coût total des équipements par service. Le coût total de chaque équipement a été divisé par 8 pour prendre en considération les dépenses d'amortissement. Le devis de construction donnait une estimation du coût de construction de chacun des services tels que la buanderie, les services administratifs, l'administration, bloc opération, la maternité, etc. Le coût total de construction des services a été divisé par 40 pour obtenir le coût d'amortissement des services.
- Malgré l'existence de la mercuriale des prix du MEF il n'a pas été possible d'obtenir un prix pour chacun des équipements. Ainsi, l'amortissement des équipements est certainement sous-estimé.
- Le coût des fournitures n'a pas été estimé car il y avait de nombreuses informations manquantes dans le pro-forma des fournitures et celles-ci ont un coût moins lourd en comparaison aux équipements médicaux ou au personnel.
- Les informations sur la superficie ont été collectées sur place.
- Les données financières proviennent du rapport financier collecté dans chaque CMA et CSPS
- Les données d'activités proviennent de la base de données du Ministère de la Santé (Entrepôt de Données Sanitaires – ENDOS) pour les consultations externes et actes chirurgicaux et des plans d'activités pour les données d'hospitalisation (nombre de journées-lits, nombre d'admissions). Les consultations pour des services de spécialités tels que ORL, Odontologie, Ophtalmologie et Kinésithérapie étaient incorporés aux consultations totales. Nous avons donc estimé le nombre de ces consultations proportionnellement à leurs recettes, qui avoisinaient 20% des recettes totales de consultations externes. Ainsi, nous avons multiplié le nombre total de consultation par 20% pour déterminer le nombre de consultations ORL, odontologie, ophtalmologie et kinésithérapiques.

- La sous-catégorie « administration » du centre de coût « support administratif » inclut essentiellement le personnel de la caisse, de la maintenance et de gestion, y compris le Médecin Chef de District. Une portion de son temps (60%) a été allouée à chacun des CMA dans la mesure où son bureau se situe au niveau du district.
- Le coût moyen par consultation et par journée d'hospitalisation n'inclut pas, en définitive, le coût des médicaments. Les comptabiliser biaiserait la réalité, car les médicaments comptabilisés au CMA ne représentent pas l'ensemble de la dépense de médicament des ménages qui doivent s'en procurer une partie dans les officines privées. De plus, on ne disposait pas d'une répartition des dépenses ou achats comptabilisés dans les FS par type de service.
- Les coûts par consultation de services de spécialité n'ont pas pu être estimés de manière séparée car le nombre de consultations ambulatoire est présenté par âge et non par type de visites (par ex. ophtalmologie ou ORL ou odontologie).
- Le personnel travaillant dans les départements suivants sont comptés dans "urgence/dispensaire" sauf pour le centre d'information sanitaire et de surveillance épidémiologie (CISSE), compté dans « Administration » : centre de dépistage et de prise en charge médicale (CDPM) ; centre de diagnostic et de traitement de la tuberculose (CDT), coordinateur des soins infirmiers et obstétricaux (CSIO).
- Le MCD et le directeur ou directrice du CMA sont de même niveau car la plupart du temps c'est une seule et même personne (hormis quelques cas en zone urbaine où deux médecins sont en poste, l'un de santé publique comme MCD l'autre clinicien dirigeant le CMA).

#### 1.4 Modèle de coûts des CSPS

Le modèle du CSPS a été dérivé du modèle du CMA, dont il applique les mêmes principes, en ne retenant que les 4 centres de coûts qui le définissent (administration et services auxiliaires, dépôt pharmaceutique, dispensaire et maternité).

## 2 Résultats

L'application du modèle de valorisation des coûts des services pour les CMA, n'a pu être effectuée que pour le cas du CMA de Nouna. Aucune donnée de CSPS n'a pu être entrée dans le modèle du CSPS. Dans les deux cas c'est le manque de temps et de ressources pour y procéder qui en est la principale cause. Des vérifications de données auraient également été nécessaires pour un certain nombre de formations sanitaires.

A Nouna, les dépenses de personnel représentent les deux tiers des dépenses totales, ce qui apparaît cohérent. Le personnel constitue en général entre 60 et 75% des dépenses en milieu hospitalier. Cette proportion est parfois plus importante dans les centres de santé où le plateau technique est plus faible et les dépenses courantes et d'amortissement également moindres.

Tableau 2 : Coûts totaux par type de dépenses, en Francs CFA, 2014

	CMA Nouna	%
<b>Amortissement des équipements et des bâtiments</b>	49 233 685	7%
<b>Dépenses courantes</b>	186 406 518	26%
<b>Personnel</b>	468 783 272	67%
<b>Total</b>	704 423 475	100%

Les services cliniques de Nouna concentrent l'essentiel du coût total de l'Etablissement : les services cliniques représentent près des trois quarts des coûts globaux du CMA de Nouna alors que les services médicotechniques et administratifs représentent respectivement 17% et 6% des coûts globaux (tableau 3). Les coûts du service clinique sont plus élevés en raison d'un nombre de personnels plus important : le personnel des services cliniques représente 78% du personnel total, le personnel des services médicotechniques, 13% et ceux du support administratif, 9% (tableau 4).

Tableau 3 : Coûts totaux par centre de coût, en Francs CFA, 2014

Centre de Coûts	Nouna CMA	%
<b>Support Administratif</b>	44 596 755	6%
<b>Services médicotechnique</b>	118 353 346	17%
<b>Services cliniques</b>	541 473 375	77%
<b>Total</b>	704 423 475	100%

Tableau 4 : Répartition du personnel par niveau de service, 2014

Centre de Coûts	CMA Nouna	%
<b>Support Administratif</b>	13	8%
<b>Services médicotechnique</b>	21	13%
<b>Services cliniques</b>	122	78%
<b>Total</b>	156	100%

Les services ambulatoires (urgence/dispensaire et de spécialité) représentent un peu moins du tiers des coûts globaux au CMA de Nouna. La chirurgie est le service hospitalier avec le cout global le plus élevé, suivi de près de la pédiatrie et de médecine générale (Tableau 5). La Maternité est l'un des services avec l'un des couts les plus faibles. Les coûts des services de maternité, pédiatrie, chirurgie et médecine générale représentent respectivement 14%, 18%, 21% et 18% des coûts globaux du CMA de Nouna.

**Tableau 5 : Coûts totaux par service clinique, en Francs CFA, 2014**

	<b>Nouna</b>
<b>Urgence/Dispensaire</b>	111 549 697
<b>Ophtalmologie/ORL/Odontologie</b>	79 085 523
<b>Bloc/Chirurgie</b>	147 779 366
<b>Pédiatrie (CREN inclus)</b>	126 261 815
<b>Médecine Générale</b>	138 188 884
<b>Maternité</b>	101 558 191
<b>Total</b>	<b>704 423 475</b>

Une consultation ambulatoire coûte 8.934 CFA au CMA de Nouna, presque 3 fois moins qu'une consultation de spécialité (ophtalmologie, ORL, Odontologie) qui coûte 21.937 CFA. Le service de maternité présente le coût par journée d'hospitalisation le plus élevé. En moyenne, une journée d'hospitalisation dans le service de maternité coûte 80.987 CFA, soit 2 fois plus qu'une journée d'hospitalisation du service de Médecine Générale et de la Chirurgie et 4 fois plus qu'une journée d'hospitalisation en pédiatrie (tableau 6). Là encore, l'une des raisons majeures est le faible nombre de patientes vues en maternité. Il y a notamment 5 fois plus de clients en pédiatrie, un peu plus de 3 fois plus en chirurgie et 2.5 fois plus en médecine générale qu'en maternité. Cela pourrait aussi venir d'un problème dans la saisie des données de Nouna car il y avait de nombreuses données manquantes dans le rapport d'information sanitaire du CMA.

**Tableau 6 : Coût par consultation et journée d'hospitalisation pour les CMA, en Francs CFA, 2014\***

	<b>CMA Nouna</b>
<b>Urgence/Dispensaire</b>	8 934
<b>Ophtalmologie/ORL/Odontologie</b>	21 937
<b>Bloc/Chirurgie</b>	34 969
<b>Pédiatrie (CREN inclus)</b>	19 362
<b>Médecine Générale</b>	43 634
<b>Maternité</b>	80 987

\*Note : le tableau présente un cout par visite pour les services d'urgence/dispensaire et d'ophtalmologie/ORL/Odontologie et par journée d'hospitalisation pour les autres services.

Tableau 7 : Nombre de consultations et de journées d'hospitalisation

	CMA Nouna
<b>Urgence/Dispensaire*</b>	16 124
<b>Ophtalmologie/ORL/Odontologie</b>	3 605
<b>Bloc/Chirurgie</b>	4 226
<b>Pédiatrie (CREN inclus)</b>	6 521
<b>Médecine Générale</b>	3 167
<b>Maternité</b>	1 254