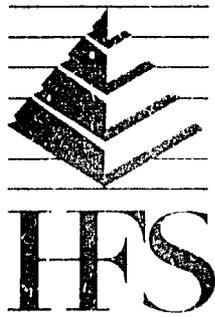


PN ARW 447  
95601



**Health  
Financing  
and  
Sustainability  
Project**

**Note technique 30-F**

**UNE ENQUETE DES COUTS, DES RECETTES,  
ET DES EFFECTIFS DANS  
LES ETABLISSEMENTS  
DE SOINS DE SANTE PRIMAIRES  
DE TROIS PROVINCES  
DU BURKINA FASO**

**Présenté à :**

**Division de la réforme sectorielle et des politiques  
Office de la santé et de la nutrition  
Centre de la population, de la santé, et de la nutrition  
Bureau des programmes mondiaux, du soutien de terrain et de la recherche  
Agence pour le développement international**

**Par :**

**Suzanne McLees  
Projet HFS**

**Août 1994**

**PROJET FINANCEMENT ET PERENNISATION DES SOINS DE SANTE  
(Health Financing and Sustainability Project)**

**Abt Associates Inc., Maître d'oeuvre  
4800 Montgomery Lane, Suite 600  
Bethesda, Maryland, 20814 USA**

**The Urban Institute, Sous-traitant  
Management Sciences for Health, Subcontractor**

**AID Contract No. DPE-5974-Z-00-9026-00**

## ABREGÉ

Le présent document récapitule les résultats d'une enquête faite en mars 1994 sur les établissements de soins de santé primaires dans les provinces de Bazéga, de Gourma et de Séno au Burkina Faso. L'enquête révèle que les centres de santé publics au Burkina Faso souffrent de maintes faiblesses dont toutes constituent des obstacles de taille à leur fonctionnement efficace. Les pénuries du personnel sanitaire, des médicaments essentiels et de l'équipement et la supervision irrégulière des activités des CSPS et des CM ont eu pour résultat de diminuer une demande déjà faible pour les soins fournis dans les centres de santé publics.

Le manque de données exactes sur les opérations financières, y compris le niveau de dépenses et de recettes, fait qu'il est difficile de déterminer les politiques les plus appropriées visant à maximiser l'efficacité et l'efficience des mesures de recouvrement des coûts. Il est particulièrement préoccupant de noter que les formations sanitaires étudiées ont été choisies par les directeurs provinciaux de la santé en fonction de critères selon lesquels elles disposaient, dans la mesure du possible, du personnel nécessaire et qu'elles fonctionnaient autant que possible. En l'absence de changements complémentaires dans la composition du personnel, l'offre de médicaments et la gestion financière, il est peu probable que la construction et la réfection des formations sanitaires, tel que le propose le Plan de développement national de 1991-95, puissent arriver à faire grand chose.

La présente enquête représente l'une des trois activités de recherche faites par le Projet financement et pérennisation de la santé (HFS) grâce au soutien de la mission USAID au Burkina Faso. Les deux autres activités concernent une enquête auprès des ménages dans les trois mêmes provinces du Burkina Faso concernant leur volonté et/ou leur capacité de payer pour les soins de santé ainsi que la formulation d'une méthodologie de structure des prix devant être appliquée aux formations sanitaires.

## TABLE DES MATIERES

LISTE DES TABLEAUX .....	iv
LISTE DES SIGLES .....	v
RESUME ANALYTIQUE .....	1
1.0 INTRODUCTION ET DONNEES GENERALES .....	3
2.0 PROFIL SANITAIRE ET SOCIO-ECONOMIQUE .....	5
3.0 LE SECTEUR DE LA SANTE PUBLIQUE ET SON EXPERIENCE EN MATIERE DE RECOUVREMENT DES COUTS .....	7
4.0 STRUCTURE ET FONCTION DES CPSS ET DES CM .....	10
5.0 OBJECTIFS .....	11
6.0 METHODOLOGIE .....	12
7.0 RESULTATS .....	14
7.1 COMPOSITION DU PERSONNEL 18 .....	14
7.2 DISPONIBILITE ET CONDITION DU MATERIEL .....	17
7.2.1 Véhicules .....	17
7.2.2 Autre équipement .....	18
7.2.3 Pharmacies .....	19
7.3 DISPONIBILITE DES MEDICAMENTS ET DES FOURNITURES .....	19
7.3.1 Médicaments .....	19
7.3.2 Fournitures médicales .....	20
7.3.3 Contraceptifs .....	20
7.4 SERVICES DE SOINS DE SANTE PRIMAIRES .....	20
7.4.1 Nouvelles consultations et accouchements .....	22
7.4.2 Programme élargi de vaccination (PEV) .....	22
7.4.3 Supervision des CSPS et des PSP .....	24
7.5 HONORAIRES POUR SERVICES .....	24
7.5.1 Hospitalisation .....	24
7.5.2 Carnets de consultation et de vaccination .....	24
7.5.3 Accouchements .....	25
7.5.4 Chirurgie .....	25
7.5.5 Certificats de visite médicale .....	26
7.6 RECETTES ET DEPENSES .....	26
8.0 CONCLUSIONS .....	29
BIBLIOGRAPHIE .....	30
ANNEXE .....	31
Cartes du Burkina Faso et des Provinces de Bazéga, Gourma, et Séno	

## LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 2-1:	INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES DE BASE . . . . .	6
TABLEAU 6-1:	CENTRES DE SANTÉ ENQUÊTÉS PAR PROVINCE . . . . .	13
TABLEAU 7-1:	COMPARAISON DU PERSONNEL SUR PLACE AUX CENTRES DE SANTÉ AVEC LES NORMES RECOMMANDÉES . . . . .	15
TABLEAU 7-2:	DISPONIBILITÉ DE L'ÉQUIPEMENT TYPE AUX CENTRES DE SANTÉ, MARS 1994 . . . . .	18
TABLEAU 7-3:	DISPONIBILITÉ DE CERTAINS MÉDICAMENTS, CONTRACEPTIFS ET FOURNITURES MÉDICALES CHOISIS AUX FORMATIONS SANITAIRES, MARS 1994 . . . . .	21
TABLEAU 7-4:	ACTIVITÉS AUX CENTRES DE SANTÉ AU COURS DE L'ANNÉE 1993 . . . . .	23
TABLEAU 7-5:	HONORAIRES PAR SERVICE AUX CENTRES DE SANTÉ CHOISIS DANS TROIS DES PROVINCES MOYENNE ET VALEUR LA PLUS FREQUENTE, 1994 . . . . .	25
TABLEAU 7-6:	RECETTES ET DÉPENSES (MATERNITÉ ET DISPENSAIRE) POUR LE CSPS À Koubri, 1993 (FCFA) . . . . .	28

## LISTE DES SIGLES

AIS	Agent itinérant de santé
BCG	Bacille Bilié de Calmette et Guérin (vaccin antituberculose)
CM	Centre médical
CMA	Centre médical avec antenne chirurgicale
CSPS	Centre de santé et de promotion sociale
DEP	Direction des études et de la planification
FSFS	Projet financement santé familiale et santé
GBF	Gouvernement du Burkina Faso
GTZ	Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit/organisme de coopération technique allemand
IB	Initiative de Bamako
MSASF	Ministère de la Santé, de l'Action sociale et de la Famille
SSP	Soins de santé primaires
PDSN	Projet de développement santé et nutrition/Banque mondiale
PSP	Poste de santé primaire
PEV	Programme élargi de vaccination
STC	Save The Children
SRO	Sels de réhydratation par voie orale

## RESUME ANALYTIQUE

Le présent document récapitule les résultats d'une enquête faite en mars 1994 sur les coûts, les recettes et les effectifs des établissements de soins de santé primaires dans les provinces de Bazéga, de Gourma et de Séno au Burkina Faso. La conception de l'enquête et les activités de collecte de données ont été réalisées par Messrs. Michel Bamogo, Direction des études et de la planification, du Ministère de la Santé, de l'Action sociale et de la Famille (MSAFS) du Burkina Faso et Yann Derriennic, Analyste de données et Consultant du Projet HFS. La présente enquête représente l'une des trois activités de recherche faites par le Projet financement et pérennisation de la santé (HFS) grâce au soutien de la mission USAID au Burkina Faso. Les deux autres activités concernent une enquête auprès des ménages dans les trois mêmes provinces du Burkina Faso concernant leur volonté et/ou leur capacité de payer pour les soins de santé ainsi que la formulation d'une méthodologie de structure des prix devant être appliquée aux formations sanitaires.

Les conséquences du marasme économique au Burkina Faso sont encore aggravées par une faible alphabétisation et des taux élevés de morbidité et de mortalité. En 1992, l'on estimait le produit intérieur par habitant à 304\$US (Banque mondiale). Malgré des baisses depuis 1960-61, le taux de mortalité infantile reste élevé, à 114,6 pour 1 000 naissances. L'espérance de vie à la naissance pour la population totale, qui a augmenté progressivement depuis 1960-61 où elle était estimée à 37 ans, reste faible puisqu'elle était uniquement de 52,2 ans en 1991 (Konaté et al., 1994). Une faible espérance de vie et des taux élevés de mortalité infantile et maternelle reflètent la faible qualité, le manque de disponibilité et la sous-utilisation des services de santé au Burkina Faso tel qu'en témoignent les résultats de l'enquête de 1994 sur la Volonté et la capacité de payer pour les soins de santé (Cf. Sow, 1994). L'offre de spécialistes de santé au Burkina Faso capables de prêter les soins préventifs et curatifs dont le pays a tant besoin est loin des taux minimums recommandés par l'OMS pour les pays sahéliens.

Outre la pénurie de personnel formé dans les centres de santé, le manque d'équipement et le mauvais état de l'équipement existant ont contribué au fait que de nombreux centres de santé sont pratiquement non fonctionnels. De plus, la capacité institutionnelle nécessaire pour entretenir l'équipement à toutes fins pratiques est non existante. Au moment de l'enquête aucun des Centres de santé et de promotion sociale (CSPS) enquêtés n'avait un tensiomètre, un orthoscope, un réchaud à gaz ou une boîte d'abaisse-langues, tous considérés comme faisant partie du matériel nécessaire, selon les directives nationales établies en la matière. Les fournitures de base sont tellement limitées que des choses comme les seringues, les gants ou les compresses sont réservés par un nombre de formations sanitaires enquêtées pour les cas d'urgence.

De graves contraintes pesant sur le budget sanitaire national sont à l'origine de centres de santé publics mal entretenus et mal équipés, ne disposant que de fournitures limitées et de médicaments essentiels. L'inaccessibilité toujours plus grande de médicaments dans les centres de santé publics a valu des renchérissements dans les coûts pour les patients qui doivent acheter les médicaments dans des pharmacies privées le plus souvent, à des prix plus élevés, et a ébranlé la confiance qu'a le public dans la capacité des centres de santé à lui fournir les soins nécessaires. Seules deux de toutes les formations sanitaires enquêtées avaient des antibiotiques ou de la quinine disponibles au moment de l'enquête. Aucun des centres n'avait de la chloroquine en stock en mars 1994.

L'on n'a noté que peu d'activités de recouvrement des coûts dans les formations sanitaires visitées, par exemple, sous la forme de paiements pour les accouchements, les hospitalisations, les carnets de santé, les médicaments, etc. Les variations dans les barèmes demandés pour les consultations et les carnets de vaccination reflètent le manque d'une politique de paiement pour ces services appliquée à l'échelle nationale. Le mauvais état des dossiers financiers gardés par les formations sanitaires ne permet pas d'essayer d'évaluer l'efficacité du recouvrement des coûts actuels. Par exemple, le Centre médical de Saponé semblait avoir un laboratoire qui s'autofinance mais, suite à l'inadéquation de leurs dossiers financiers, il fut impossible d'évaluer la situation financière du laboratoire ou du centre en général.

Les centres de santé publics au Burkina Faso souffrent de maintes faiblesses dont toutes constituent des obstacles de taille à leur fonctionnement efficace. Les pénuries du personnel sanitaire, des médicaments essentiels et de l'équipement et la supervision irrégulière des activités des CSPS et des CM ont eu pour résultat de diminuer une demande déjà faible pour les soins fournis dans les centres de santé publics. Outre le fait que les formations sanitaires ne fonctionnent pas entièrement, le manque de données exactes sur les opérations financières, y compris le niveau de dépenses et de recettes, fait qu'il est difficile de déterminer les politiques les plus appropriées visant à maximiser l'efficacité et l'efficience des mesures de recouvrement des coûts. Les résultats de l'enquête auprès des formations sanitaires démontrent que tous les centres connaissent, à divers degrés, la plupart de ces problèmes. Il est particulièrement préoccupant de noter que les formations sanitaires étudiées ont été choisies par les directeurs provinciaux de la santé en fonction de critères selon lesquels elles disposaient, dans la mesure du possible, du personnel nécessaire et qu'elles fonctionnaient autant que possible. En l'absence de changements complémentaires dans la composition du personnel, l'offre de médicaments et la gestion financière, il est peu probable que la construction et la réfection des formations sanitaires, tel que le propose le Plan de développement national de 1991-95, puissent arriver à faire grand chose.

## 1.0 INTRODUCTION ET DONNEES GENERALES

Ce document récapitule les résultats d'une enquête faite en mars 1994 dans certaines formations sanitaires publiques choisies des provinces de Bazéga, de Séno et de Gourma au Burkina Faso. Cette enquête représente l'une des trois activités de recherche soutenues par la Mission/Ouagadougou de l'Agence pour le développement international (USAID). La conception de l'enquête et les travaux de collecte de données ont été réalisés par Messrs. Michel Bamogo, Direction des études et de la planification, du Ministère de la Santé, de l'Action sociale et de la Famille (MSAFS) du Burkina Faso et Yann Derriennic, Analyste de données et Consultant du Projet financement et pérennisation de la santé (HFS). Par le biais d'un apport de fonds propres de la mission au Projet financement et pérennisation de la santé (HFS), arrangé en octobre 1993, l'USAID/Ouagadougou a commandité les produits suivants :

- (a) Une enquête auprès des ménages concernant leur volonté et/ou leur capacité de payer pour les services de santé ;
- (b) Une enquête des coûts dans les formations sanitaires publiques ; et
- (c) La formulation d'une méthodologie de structure des prix devant être appliquée aux centres de santé.

L'enquête auprès des ménages a été conçue à la fin de 1993 et réalisée en 1994. (Des détails complémentaires sont disponibles dans le rapport analysant les résultats de cette enquête ; Cf. Sow, 1994). En consultation avec le Gouvernement du Burkina Faso et l'USAID/Ouagadougou, on a déterminé qu'un modèle d'offre-demande, mis au point par Ricardo Bitran, Directeur de la recherche appliquée de HFS, pouvait être appliqué au contexte du Burkina Faso pour disposer d'un outil permettant de fixer les prix pour les centres de santé. Ce modèle visait à fournir au Gouvernement du Burkina Faso un outil de simulation de politiques pouvant être utilisé pour déterminer les niveaux des paiements des utilisateurs dans son système de soins ambulatoires. Cette simulation s'inscrit à la place de la méthodologie de fixation des prix fondée uniquement sur les coûts encourus actuellement par les formations sanitaires. Les résultats des enquêtes HFS et le modèle seront présentés aux décideurs du gouvernement lors d'un atelier prévu pour le 1er et le 2 septembre. Lors de cet atelier, une formation sera également apportée aux décideurs portant sur l'utilisation du modèle offre-demande dans différentes régions du Burkina Faso.

Pendant l'été 1992, l'USAID Ouagadougou a demandé au Projet HFS de proposer les activités de financement pouvant être entreprises dans le cadre de son Projet bilatéral en cours de financement de la santé familiale et de la santé mis en œuvre dans les provinces de Bazéga et de Gourma. Cette mission fut effectuée en octobre-novembre par une équipe de cinq personnes comptant un représentant de la DEP, de l'USAID et de REDSO/WCA et deux membres du personnel de HFS. Au titre des autres suggestions stipulées dans le cadre du "Protocole du Projet de financement de la santé familiale et de la santé, sous-projet de financement de la santé au Burkina Faso", on a eu des enquêtes sur la volonté et la capacité des ménages à payer pour les services de santé et les dépenses de fonctionnement dans les formations sanitaires publiques en vue de réunir des données pour élaborer un mécanisme de structure de prix pouvant s'appliquer aux centres de santé ; certaines activités de formation visant à améliorer la prestation des soins de santé et des systèmes de gestion de médicaments ; la création de comités sanitaires communautaires et l'élaboration de manuels de gestion financière pour les superviseurs des CM et des CSPS.

Lorsque la proposition pour les activités de financement de la santé a été finalisée et présentée et que l'USAID a déterminé quelles seraient les activités devant être entreprises par HFS, le temps restant pour réaliser les activités était très limité vu la date de clôture proche du Projet HFS (18 septembre 1994). Cette contrainte de temps limitait la portée et la durée des travaux qui pouvaient, de manière réaliste, être terminés avant la date de clôture du projet. L'enquête sur les coûts, les recettes, et les effectifs des centres de soins primaires a été faite lors d'une mission sur le terrain de trois semaines. Dans la section de conclusion du présent rapport, l'on souligne les pénuries d'information en faisant également des suggestions quant aux activités futures qui permettraient d'avoir une vue plus détaillée du niveau des recettes et des dépenses des formations sanitaires publiques.

## 2.0 PROFIL SANITAIRE ET SOCIO-ECONOMIQUE

Le Burkina Faso est un pays enclavé dans la région du Sahel de l'Afrique de l'Ouest comptant plus de neuf millions de personnes. Six pays partagent des frontières avec le Burkina Faso : le Mali, au Nord et à l'Ouest ; la Côte d'Ivoire, le Ghana, le Togo et le Bénin au Sud et le Niger à l'Est. Parmi l'un des pays les plus pauvres au monde, le Burkina Faso avait un produit intérieur brut par habitant de 304\$ US en 1991. La production agricole représente 44 pour 100 du PIB et emploie presque 90 pour 100 de la population économiquement active (Banque mondiale, 1994). Les conséquences du marasme économique sont encore aggravées par une faible alphabétisation, des taux élevés de morbidité et de mortalité. Le paludisme, la tuberculose, la diarrhée, la rougeole et les infections respiratoires aiguës sont parmi les grandes causes de morbidité et de mortalité. En 1990, l'on estimait à 18 pour 100 le taux d'alphabétisation de la population burkinabé ; seuls 9 pour 100 des femmes et 27 pour 100 des hommes sont jugés alphabétisés. Ces chiffres s'inscrivent en net contraste avec les moyennes pour la région de l'Afrique subsaharienne qui sont d'environ 60 pour 100 pour les hommes et 40 pour 100 pour les femmes (Banque mondiale, 1994).

La faible espérance de vie et les taux élevés de mortalité infantile et maternelle reflètent le manque de qualité et le manque de disponibilité ainsi que la sous-utilisation des services de santé au Burkina, tels qu'en témoignent les résultats de l'enquête de 1994 sur la volonté et la capacité de payer pour les services de santé (Cf. Sow, 1994). Le *Tableau 2-1* ci-après présente les indicateurs démographiques pour 1960-61. Le taux brut de natalité estimé à 45,3 pour 1 000 personnes en 1991 n'a guère changé ces 20 dernières années. En revanche, l'indice synthétique de fécondité a continué d'augmenter ces 20 dernières années, passant de 6,2 à 7,3 enfants par femme. Malgré des diminutions constantes depuis 1960-61, le taux de mortalité infantile est encore élevé puisqu'il est de 114,6 pour 1 000 naissances. L'espérance de vie à la naissance pour la population totale qui a progressivement augmenté depuis l'estimation de 1960-61 (37 ans) reste faible puisqu'elle est uniquement de 50,2 ans en 1991.

L'offre de spécialistes de la santé au Burkina Faso capables de fournir les soins préventifs et curatifs dont le pays à tant besoin est bien en-dessous des taux minimums recommandés par l'OMS pour les pays sahéliens. C'est tout particulièrement vrai pour les médecins et les sages-femmes. En fonction des statistiques du MSASF, la population par médecin est estimée à 38 900, la population par infirmier à 4 528 et la population par sage-femme formée à 22 700 (Banque mondiale). L'OMS recommande un médecin pour 10 000 personnes et une sage-femme pour 5 000. La norme de l'OMS pour le personnel infirmier est égale à la norme recommandée de la population par sage-femme, soit une personne pour 5 000 (Konaté et al.)

TABLEAU 2-1  
INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES DE BASE

Indicateurs	1960-61 <sup>a</sup>	1976	1985	1991
Population totale	-	5,638,203 <sup>b</sup>	7,964,705	9,290,791 <sup>c</sup>
Taux brut de natalité	50 <sup>a</sup>	46 <sup>a</sup>	49.6 <sup>a</sup>	45.3 <sup>a</sup>
Indice synthétique de fécondité	6.2 <sup>a</sup>	6.7 <sup>a</sup>	7.2 <sup>a</sup>	7.3 <sup>a</sup>
Taux brut de mortalité	32 <sup>a</sup>	22 <sup>a</sup>	17.5 <sup>a</sup>	16.4 <sup>a</sup>
Taux de mortalité infantile	182 <sup>a</sup>	167 <sup>a</sup>	134 <sup>a</sup>	114.6 <sup>a</sup>
Expérance de vie	37 <sup>a</sup>	42 <sup>a</sup>	48.5 <sup>a</sup>	52.2 <sup>a</sup>

*Notes:*

- a Données ajustées.
- b Recensée en 1975.
- c Donnée estimée.

*Source :* Konaté et al. 1994. Enquête Démographique et de Santé, 1993.

### 3.0 LE SECTEUR DE LA SANTE PUBLIQUE ET SON EXPERIENCE EN MATIERE DE RECOUVREMENT DES COUTS

L'octroi du Gouvernement du Burkina Faso au MSASF s'est légèrement accru, passant de 6 pour 100 au début des années 80 à 7 pour 100 au milieu des années 80 et à 8 pour 100 au début des années 90. En 1992, le budget de fonctionnement du Ministère de la Santé était de 9,9 milliards de FCFA (37 millions de \$US). L'on estime que l'aide étrangère représente 40 pour 100 de dépenses du secteur public et les 60 pour 100 restant proviennent du budget central. En 1991, les ONG ont contribué environ 1,3 milliards de FCFA (4,8 millions de \$US) au secteur santé.

Il existe des variations très importantes dans les dépenses d'investissement faites par le MSASF d'une année à l'autre puisque les dépenses d'investissement budgétaire depuis 1987 se situent aux alentours de 200 milliards de FCFA par an et les dépenses financées par l'aide à quatre milliards de FCFA par an. La Banque mondiale estime que 68 pour 100 des déboursements de l'aide pour le secteur santé en 1991 représentaient des investissements dont 29 pour 100 finançaient l'assistance technique et le restant était divisé également entre construction/réfection des formations sanitaires et achat d'équipement. Dix-sept pour cent des déboursements de l'aide à la santé couvraient les dépenses de fonctionnement, surtout les biens et services, y compris 5 pour 100 pour les fournitures médicales et 3 pour 100 pour les médicaments.

Le fait que 85 pour cent du budget sanitaire moyen soit utilisé pour couvrir uniquement les salaires implique qu'il y a manque de fonds pour les médicaments, les fournitures et autres dépenses de fonctionnement du système de santé. En 1991, l'on estimait que le MSASF employait quasiment 6 000 personnes, soit environ 17 pour 100 de la Fonction publique totale. Et pourtant il y a pénurie de personnel dans les formations sanitaires et une très grande disparité dans la disponibilité de personnel entre les centres de santé urbains et ruraux. Si les deux principaux centres urbains de Ouagadougou et de Bodo-Dioulasso ne représentent que 15 pour 100 de la population totale, les centres de santé par contre dans les deux provinces desservant ces concentrations urbaines (respectivement, Kadiogo et Houet) emploient quasiment la moitié du personnel du MSASF, y compris 67 pour 100 des sages-femmes, 40 pour 100 des infirmiers, 33 pour 100 des accoucheuses formées et 60 pour 100 des médecins, des techniciens médicaux et des pharmaciens. La disparité dans l'offre de spécialistes sanitaires d'une région à l'autre a valu la clôture récente d'environ 30 centres de santé et de promotion sociale (CSPS) suite essentiellement à une pénurie de personnel. Malheureusement, les plus grandes pénuries de personnel sanitaire formé ont été notées dans les provinces du Nord qui connaissent également les taux de pauvreté, de maladies infectieuses et de malnutrition les plus élevés.

De graves contraintes pesant sur le budget sanitaire national sont à l'origine de centres de santé publics mal entretenus et mal équipés qui n'ont que des fournitures limitées de médicaments essentiels. Cherchant une manière de répondre à ces problèmes, le Ministère de la Santé, de l'Action sociale et de la Famille (MSASF) commence à essayer diverses mesures de recouvrement des coûts. Pendant les années 70, les paiements ont été introduits dans les hôpitaux, les maternités urbaines et les centres médicaux pour les consultations, les hospitalisations et les examens de laboratoire. Dès 1984, tous les fonds mobilisés au niveau local étaient acheminés vers le Trésor où 25 pour 100 est réservé aux recettes publiques générales et 75 pour 100 est déposé sur un compte spécial, la Caisse Maladie, géré par le Ministère de

la Santé. La législation actuelle spécifie que la part des provinces est gardée par la Caisse jusqu'à la fin de l'année où chaque direction provinciale est informée que la province a un crédit en son nom à la Caisse Maladie.

En 1991, le GBF a adopté une politique stipulant un autofinancement (à l'exception des salaires) des hôpitaux nationaux et régionaux. La mise en œuvre de cette politique dans le cadre de laquelle les recettes du recouvrement des coûts restent au niveau de la formation et ne reviennent pas au Trésor a diminué le flux de recettes pour la Caisse Maladie. La capacité du MSASF de redistribuer les fonds du niveau tertiaire aux niveaux primaire et secondaire a été entravée par cette perte de recettes pour le Ministère bien que la politique ait également diminué en principe l'acheminement des fonds du Ministère vers le niveau tertiaire. Par conséquent, en janvier 1993, une législation a finalement été adoptée, permettant aux centres de santé périphériques, c'est-à-dire les CSPS et les CMA, de garder les fonds qu'ils recouvrent à partir des honoraires et des ventes des médicaments pour acheter plus de médicaments et de fournitures médicales. L'engagement du gouvernement d'avancer dans ses efforts de financement des coûts liés à la prestation des soins de santé primaires se constate une fois de plus dans l'application officielle en 1988, de l'Initiative de Bamako (IB), parrainée par l'UNICEF et l'OMS, qui a pour but le financement d'un système revitalisé de soins de santé primaires par le biais de mécanismes de recouvrement des coûts.

Au début de 1988, une étude de recherche opérationnelle dans le recouvrement des coûts des services de soins de santé primaires au Burkina Faso a été exécutée dans le cadre du Projet de l'USAID Renforcement des capacités de planification sanitaire, avec un soutien de l'USAID et de la Banque mondiale. Réalisée dans la zone de santé de Garango de la province de Boulgou, le but de l'étude du recouvrement des coûts de Boulgou était de tester les stratégies de financement sanitaire dans dix centres de santé comme un moyen d'améliorer la qualité des services et d'augmenter l'utilisation des services des formations sanitaires. L'étude portait sur des fonds renouvelables pour les pharmacies, les paiements des utilisateurs pour les examens de laboratoire, les carnets de santé et les lits d'hôpitaux ainsi que des paiements pour certains types de consultations. Malheureusement, la qualité médiocre et la disponibilité limitée de données réunies de formulaires détaillés d'information sanitaire avant juillet 1989 n'ont pas permis des mesures exactes des changements dans les niveaux d'utilisation avant et après l'étude de recherche opérationnelle (Bekele, 1991). L'on estime néanmoins que le taux d'utilisation des services des formations sanitaires a augmenté modestement pendant l'étude, passant de 22 pour 100 à 26 pour 100 (Meeus et al., 1991).

L'étude a pour but d'améliorer la qualité des services et d'augmenter l'utilisation des formations sanitaires d'au moins 50 pour 100 d'ici la fin de la première année des activités réalisées à échelle entière ; de soutenir la disponibilité et la pérennité financière des médicaments essentiels pour la population de la zone de l'étude et de recouvrer toutes les dépenses de fonctionnement, à l'exception des salaires du personnel de la santé. L'effet de recouvrement des coûts à Boulgou a permis un autofinancement partiel des dépenses hors-salaires. Les recettes mobilisées, tant par la vente des médicaments que par les honoraires des soins de santé ont permis de recouvrer environ 45 pour 100 des dépenses hors-salaires (par exemple, médicaments, entretien des locaux, tests de laboratoire).

On a constaté que les personnes de l'étude de Boulgou dépensaient au moment de l'étude pilote 2 800 FCFA par ans pour les soins de santé (10 \$US au taux d'avant la dévaluation d'1 \$US = 270 FCFA). Sur cette somme, la dépense estimée pour le traitement moderne et les médicaments était de 1 000 FCFA et le restant était dépensé pour la médecine traditionnelle. En fonction de ces paramètres, la Banque mondiale a extrapolé des résultats de l'étude de Boulgou pour estimer que les dépenses privées

totales pour la santé au niveau national pourraient avoisiner les 25 milliards de FCFA (93 millions de \$US), soit plus du double du budget total de la santé au niveau national (9,9 milliards de FCFA en 1992). A ce jour, l'on n'a pas fait d'analyse exhaustive des dépenses sanitaires privées à l'échelle nationale au Burkina Faso. L'enseignement retiré de l'étude de Boulgou pourrait fournir des directives utiles pour l'élaboration des stratégies faisables de recouvrement des coûts dans le système de soins de santé primaires. Des résultats complémentaires et les recommandations suivant cette étude sont cités dans les sections ultérieures du présent rapport.

## 4.0 STRUCTURE ET FONCTION DES CPSS ET DES CM

Le district sanitaire au Burkina Faso est une unité opérationnelle couvrant environ 150 000 à 250 000 personnes et regroupant environ dix à 20 CSPS autour du CM qui sert de centre de référence. Chaque district sanitaire a une équipe administrative nommée pour fournir supervision technique et contrôle administratif au CPCS et au CM, notamment activités cliniques et gestion des ressources humaines et financières, des budgets et des médicaments. L'équipe administrative prépare le Plan de développement du district sanitaire (PDDS) (Banque mondiale). L'étude actuelle a été faite dans les districts sanitaires de Saponé de la province de Bazéga ; de Fada et Pama dans la province de Gourma et de Sebba et Dori dans la province de Séno.

Les limites géographiques de la zone de responsabilité d'un CM sont généralement définies en fonction des distances entre les centres de santé ainsi qu'en fonction de la dimension et de la densité de la population. Les données sur la population couverte par le CM ont été réunies dans le cadre de l'étude actuelle uniquement pour le centre médical de Sebba qui, d'après les estimations, couvre 102 980 personnes. Les CM fournissent des consultations médicales qui sont aiguillées à un médecin, des examens de laboratoire, des soins d'urgence des accouchements, des services de récupération nutritionnelle et des soins préventifs telles la PMI/planification familiale et les vaccinations. Les activités logistiques et administratives d'un CM couvrent la gestion financière et pharmaceutique, la fourniture de médicaments essentiels, l'évaluation sanitaire et l'éducation/information.

Le CPCS vise à desservir environ 10 000 habitants (Banque mondiale). Les informations courantes réunies pour l'étude en cours nous donnent une gamme de couverture pour les six CPCS qui s'écartent nettement de la norme de 10 000 personnes. Tout en bas de l'échelle, on a le CPCS d'Ipecé, couvrant 8 000 personnes ; le CPCS de Gorgadji, couvrant 20 205 personnes et tout en haut, on a le CPCS de Maticaoili, estimé couvrir jusqu'à 42 000 personnes.<sup>1</sup>

Le CPCS est le premier point de contact entre la population et le service de santé public. Parmi les services minimums fournis par le CPCS, on a les soins curatifs primaires, les soins de maladies chroniques (par exemple, lèpre, tuberculose), les accouchements et les consultations prénatales, les consultations de bébé, la planification familiale et la récupération nutritionnelle. L'éducation sanitaire est vue comme un volet essentiel lié à la prestation de tous ces services. Le CPCS contrôle les activités logistiques et administratives liées à la prestation des soins, tel que décrit, outre la gestion financière et pharmaceutique des médicaments essentiels et les visites aux habitants des villages adjacents et des quartiers proches. Tel que mentionné auparavant, les ressources dont disposent les CPCS pour effectuer toutes les fonctions désignées sont très limitées.

---

<sup>1</sup> Il n'existe pas d'information comparable pour Bani et Tigba, deux autres CPCS de l'échantillon.

## 5.0 OBJECTIFS

L'Enquête sur les coûts, des recettes et des effectifs des établissements de soins de santé primaires, de pair avec l'enquête sur la volonté et la capacité de payer pour les soins de santé a été réalisée pour dégager des informations sur une méthodologie des structures de prix, devant aider les décideurs à identifier les diverses possibilités de paiement des utilisateurs pour les structures de soins ambulatoires au Burkina Faso. Pour répondre à cet objectif, on a cherché à obtenir des données sur les dépenses de fonctionnement actuelles, les niveaux d'utilisation et les recettes des CSPS et des CM. Le rapport actuel traite de plusieurs aspects liés aux opérations des centres de santé, par exemple, la disponibilité de médicaments et d'équipement dans les centres de santé ainsi que les modes de personnel, les recettes et les tarifs. Cette information pourrait s'avérer utile aux décideurs, lorsqu'à l'avenir, ils chercheront à renforcer l'efficacité et la qualité des soins disponibles dans les centres de santé et à assurer une meilleure pérennité financière.

## 6.0 METHODOLOGIE

Les plans initiaux pour les enquêtes auprès des ménages et des formations sanitaires incluait des échantillons prélevés dans les deux provinces où l'USAID avait été le plus actif, Gourma et Bazéga. Mais en élaborant les formulaires et en examinant les échantillons d'enquête possibles, l'USAID/Ouagadougou a déterminé qu'il serait avantageux d'ajouter une troisième province, Séno. Un échantillon des ménages et des formations sanitaires de ces trois provinces opposées aux seules provinces de Gourma et de Bazéga permettrait d'examiner une gamme plus large de facteurs socioéconomiques et autres pouvant éventuellement influencer la volonté et la capacité de payer pour les soins de santé ainsi que l'utilisation des services de santé publics au Burkina Faso.

Tel qu'on peut le voir dans la carte annexée au présent rapport, Séno est au Nord-Est de Ouagadougou et partage une frontière avec le Niger. Au Sud-Est de la capitale, on a Gourma, dont les frontières au Sud et au Sud-Est touchent respectivement le Togo et le Bénin. En 1991, l'on estimait la population de Bazéga à 358 300 personnes, celle de Gourma à 356 818 et celle de Séno à 271 200, représentant ensemble environ 10 pour 100 de la population totale du Burkina Faso. La densité de la population est la plus faible à Gourma et la plus élevée à Bazéga qui est proche de Ouagadougou. En général, des distances plus grandes séparent les formations sanitaires à Séno et à Gourma que dans le Bazéga. Les trois provinces dépendent économiquement de l'agriculture et de l'élevage. Gourma bénéficie également d'un barrage fournissant de l'électricité et de meilleures possibilités pour la pêche et l'aquaculture. Comptant 2,3 pour 100 de la population active du pays, Gourma se range au dixième rang des 30 provinces du point de vue taux d'emploi ; Bazéga au treizième avec 1,7 pour 100 du total de la population active. Bien que les trois provinces soient pauvres, les petites entreprises semblent mieux développées dans le Gourma que dans le Bazéga et le Séno.

Les données réunies par l'étude sur la volonté et la capacité de payer pour les services de santé attestent bien des différences d'entre les trois provinces en ce qui concerne le revenu monétaire annuel moyen par personne qui est de 19 000 FFCFA dans le Bazéga, de 36 000 FFCFA dans le Gourma et de 30 000 FFCFA dans le Séno. Les dépenses annuelles moyennes par personne vont de 18 671 FFCFA dans le Bazéga à 36 365 dans le Gourma et à 40 820 FFCFA dans le Séno.

En concevant l'étude actuelle sur les formations sanitaires, le Ministère de la Santé a jugé qu'il était approprié d'examiner les CM et les CSPS plutôt que les formations sanitaires d'un niveau plus élevé, tels les centres hospitaliers ou les CHN/CH car une proportion plus grande de la population est desservie par les CM et les CSPS et au vu de leur rôle-clé au sein des soins de santé primaires. Les postes de santé primaires (PSP), tout en bas de la pyramide du système sanitaire, offrent une gamme extrêmement limitée de soins. Les seules informations sur les activités des PSP comprises dans l'étude actuelle concernent leur supervision par les CSPS. L'échantillon de formations sanitaires a été prélevé dans les mêmes trois provinces que l'échantillon de l'enquête auprès des ménages avec un CM de chaque province et un total de huit CSPS. Des discussions avec les directeurs provinciaux de la santé dans chacune des trois provinces ont permis d'identifier les centres spécifiques qui allaient être enquêtés. Le critère de sélection était que les centres devaient avoir le plus de personnel possible et être aussi fonctionnels que possible pour pouvoir faire une estimation aussi complète que possible des coûts pour un niveau de soins souhaité.

Les centres de santé choisis pour l'étude actuelle sont donnés sur le Tableau 6-1 en fonction de la province.

Outre les données réunies sur le terrain de février-mars 1994 par un analyste des données de HFS et un représentant de la Direction des études et du plan du MSASF, des données ont été réunies au niveau central à partir des dossiers maintenus à la DEP par le biais d'interviews avec divers bailleurs de fonds, tels que les allemands (GTZ), Save The Children/Pays-Bas et Save The Children/Royaume-Uni. Les bailleurs de fonds soutiennent diverses activités sanitaires tels le Programme élargi de vaccination (PEV) et d'autres programmes communautaires dans plusieurs provinces et ont donc été en mesure de combler certaines lacunes d'information sur les coûts et le financement des centres de santé. Les bailleurs de fonds ont également fourni des données sur les dépenses liées à l'entretien des véhicules et, dans certains cas, sur les dépenses de fonctionnement des CM et des CSPS. Les données sur les niveaux d'utilisation à chaque formation sanitaire ainsi que sur le soutien apporté par le gouvernement central ont été réunies auprès de la Direction provinciale de chaque province. Il convient de noter que tous les coûts indiqués dans le cadre de la présente étude sont libellés en FFCFA et ont été réunis en mars 1994, deux mois après la dévaluation du FFCFA. C'est la raison pour laquelle les données dans ce rapport ne reflètent pas l'impact à long terme de la dévaluation.

TABLEAU 6-1 CENTRES DE SANTÉ ENQUÊTÉS PAR PROVINCE			
FORMATION SANITAIRE	PROVINCES		
	Bazéga	Gourma	Séno
Centre Médical (CM)	Saponé	Pama	Sehba
Centre de Santé et de Promotion Sociale (CSPS)	Ipelcé Koubri (Kounda) <sup>1</sup>	Comin-yanga Matiacoali Tigba	Bani Gorgadji Sampelga

<sup>1</sup> Sur les neuf CSPS et les trois CM choisis pour l'enquête, le CSPS à Kounda dans la Province du Bazéga n'a pas pu être visité à cause des contraintes temporelles.

## 7.0 RESULTATS

### 7.1 COMPOSITION DU PERSONNEL

Les normes pour la composition du personnel des centres de santé publics du Burkina Faso ont été préparées en 1992 par le Comité préparatoire pour l'Initiative de Bamako (IB). Les données du *Tableau 7-1* comparent les modes actuels de composition du personnel et ceux proposés pour l'IB. Il convient de noter que les normes du personnel spécifiées pour les CM ne se rapportent pas au CMA ou aux centres médicaux avec des services chirurgicaux.

Parmi les CSPS enquêtés, le nombre total des membres du personnel allait de deux à Gorgadji et Sampelga, tous deux dans la province de Séno, à cinq à Koubri dans la province de Bazéga. Tel que noté sur le *Tableau 7-1*, la norme de l'IB pour le nombre total de membres de personnel dans les CSPS est de cinq avec aucun médecin et seul un membre du personnel non formé en matière de soins de santé, à savoir un agent non qualifié. Le seul personnel de soutien dans le cadre de l'étude actuelle était un agent non qualifié dans le CSPS de Comin-Yanga. En ce qui concerne les infirmiers, six des huit CSPS avaient un infirmier d'état parmi leur personnel. Gorgadji et Koubri dépassaient la norme de l'IB de deux infirmiers d'état mais aucun de ces centres n'avait d'infirmier breveté au sein de son personnel, tel que recommandé. De fait, seuls Sampelga et Matiacaoli comptaient un infirmier breveté dans leur personnel. Cinq des huit CSPS n'avaient pas d'infirmier. Les accoucheuses auxiliaires étaient présentes dans cinq des huit centres. Deux postes jugés non essentiels par l'Initiative de Bamako, le technicien de laboratoire et la sage-femme d'état étaient pourvus dans trois centres ; Comin-Yanga et Ilpécé ont indiqué chacun un technicien de laboratoire ; Koubri comptait une sage-femme d'état parmi les cinq membres de son personnel.

Le nombre total de membres de personnel identifiés dans les CM allait de huit à Pama (province de Gourma) à 18 à Saponé (Bazéga). Tel qu'indiqué sur le *Tableau 7-1*, la norme de l'IB pour les CM spécifie un personnel sanitaire de dix membres et cinq membres pour le personnel de soutien, d'où un total de 15. La norme de dix membres de personnel sanitaire comprend un dans chacune des sept catégories stipulées sur le *Tableau 7-1*, la seule exception étant la recommandation de trois infirmiers d'état.

**TABLEAU 7-1**  
**COMPARAISON DU PERSONNEL SUR PLACE AUX CENTRES DE SANTÉ AVEC LES NORMES RECOMMANDÉES<sup>a</sup>**

PERSONNEL	CSPS					CM				
	NORME	Comparaison avec les Normes (%)				NORME	Comparaison avec les Normes (%)			
		Satisfaisant Norme	à court de Personnel	à trop de Personnel	Total		Satisfaisant Norme	à court de Personnel	à trop de Personnel	Total
Personnel de santé	4	0.0	87.5	12.5	100.0	10 <sup>b</sup>	0.0	66.7	33.3	100.0
Médecin	0	100.0	-	0.0	100.0	1	66.7	33.3	0.0	100.0
Infirmier d'Etat	1	75.0	0.0	25.0	100.0	1	66.7	0.0	33.3	100.0
Infirmier breveté	1	25.0	62.5	12.5	100.0	3	66.7	33.3	0.0	100.0
Sage-femme d'Etat	0	87.5	-	12.5	100.0	1	33.3	33.3	33.3	100.0
Accoucheuse auxiliaire	1	62.5	37.5	0.0	100.0	1	33.3	33.3	33.3	100.0
Laborantin	0	75.0	-	25.0	100.0	1	33.3	66.7	0.0	100.0
Agent itinéraire de santé	1	37.5	62.5	0.0	100.0	1	66.7	33.3	0.0	100.0
Autres (e.g. "matrone")	0	100.0	-	0.0	100.0	0	33.3	-	66.7	100.0
Administratif	1	12.5	87.5	0.0	100.0	5	-	-	-	-
Garçon/fille de santé	0	100.0	-	0.0	100.0	0	33.3	-	66.7	100.0
Gestionnaire	0	100.0	-	0.0	100.0	1	0.0	100.0	0.0	100.0
Manoeuvre	1	87.5	-	12.5	100.0	2	66.7	33.3	0.0	100.0
Chauffeur	0	100.0	-	0.0	100.0	1	66.7	0.0	33.3	100.0
Gardien	0	100.0	-	0.0	100.0	1	0.0	100.0	0.0	100.0
Autres (e.g. volontaires)	0	100.0	-	0.0	100.0	0	66.7	-	33.3	100.0
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>15</b>				

*Note:* a) Comité Préparatoire pour l'Initiative de Bamako, "Document National Sur Le Renforcement des Soins de Santé Primaires au Burkina Faso," October, 1992.  
b) Comportant une fille/un garçon de salle, poste qui n'est rempli dans aucun des centres enquêtés.

Pama et Saponé suivent la norme pour le CM avec un médecin ; aucun médecin ne faisait partie du personnel de Sebba. Deux des trois CM ont des modes de composition du personnel conformes à la norme d'un infirmier d'état, de trois infirmiers brevetés et d'un agent itinérant de santé. Pami connaît une insuffisance de personnel infirmier avec seul un infirmier breveté, comparé à la norme de trois et aucun agent itinérant de santé. Le profil personnel de Pami est également en-dessous de la norme puisqu'il n'y a pas de technicien de laboratoire et pas de sage-femme d'état. Saponé a trois sages-femmes d'état et trois accoucheuses auxiliaires bien que la norme stipule un dans chaque catégorie. Sebba n'a pas d'accoucheuse auxiliaire dans son personnel. Chacun des trois CM compte cinq membres du personnel de soutien bien que les postes spécifiques varient. Sebba et Saponé ont une accoucheuse chacun, contrairement à la norme. Également, contrairement à la norme, aucun des CM n'avait dans son personnel un membre se qualifiant soit comme secrétaire, soit comme gardien. Saponé avait deux chauffeurs, soit un de plus que les spécifications de l'IB.

Un ensemble complémentaire de normes pour les effectifs des CSPS et des CM plus restrictif que celui proposé pour l'IB concerne les buts du projet devant être atteints par le Projet santé et nutrition de la Banque mondiale (PDSN) qui sera réalisé de 1995 à 1999. Trois membres au minimum sont proposés pour assurer la qualité des soins et, partant, encourager l'utilisation des établissements sanitaires publics de la part de la population outre le fait d'encourager l'autosuffisance financière. Le Projet PSDN propose les combinaisons suivantes :

*Pour le CSPS*

- ▲ un infirmier d'état ou un infirmier breveté ;
- ▲ une accoucheuse traditionnelle ;
- ▲ un agent itinérant de santé ou un agent non qualifié ; et
- ▲ un responsable du dépôt pharmaceutique — **uniquement** si justifié par le volume de travail

Total du personnel du CSPS = trois minimum/quatre maximum.

*Pour le CM*

- ▲ un médecin ;
- ▲ un infirmier d'état ;
- ▲ trois infirmiers d'état ou trois infirmiers brevetés ;
- ▲ une accoucheuse auxiliaire ; et
- ▲ un agent non qualifié

Total du personnel du CM = minimum sept.

Contrairement au personnel de 15 membres proposé par l'IB pour le CM, le PDSN a ciblé un total de sept ; et pour le CSPS, le PDSN propose au minimum trois personnes, c'est-à-dire une de moins que la norme de l'IB. Dans le cadre de cette enquête, les CSPS ne répondent pas non plus à ces normes plus limitées. Les modes actuels de composition du personnel signalés par les CSPS dans le cadre de l'enquête auprès des formations sanitaires comprennent un agent itinérant de santé dans trois seulement des huit centres ; un agent non qualifié dans un CSPS seulement et des accoucheuses auxiliaires dans cinq centres (dont l'un a également une sage-femme dans son personnel). Sur les huit CSPS, un total de dix infirmiers d'état sont employés (deux centres ont deux infirmiers d'état chacun) et quatre infirmiers

brevetés dans trois centres de santé. C'est le CSPS de Bani qui compte le plus d'infirmiers, à savoir un infirmier d'état en plus de deux infirmiers brevetés. Il n'existe pas de responsables du dépôt pharmaceutique au sein du personnel indiqué dans un CSPS de l'enquête.

Les modes actuels de composition du personnel dans chacun des trois CM dépasse de loin les normes limites prévues pour le Projet PDSN. Le nombre d'employés dans les CM étudiés allait de huit à Pami à 18 à Saponé et les nombres les plus grands étaient notés pour les infirmiers d'état et les infirmiers brevetés.

## 7.2 DISPONIBILITE ET CONDITION DU MATERIEL

Outre les pénuries de personnel formé dans les centres de santé, le manque d'équipement et le mauvais de l'équipement existant ont fait qu'un grand nombre de centres de santé sont devenus quasiment non fonctionnels. De plus, il n'existe pas de capacité institutionnelle pour s'occuper de l'entretien de l'équipement. Les données du *Tableau 7-2* comparent la disponibilité actuelle de certains éléments d'équipement choisis aux normes présentées dans un document intitulé "Politique sanitaire nationale, 1980-1990."

### 7.2.1 Véhicules

Les normes sont spécifiées pour l'offre en véhicules dans les centres de santé puisqu'un moyen de transport est d'importance critique pour que les formations sanitaires puissent arriver jusqu'à la population qu'elles desservent. La norme pour le CSPS est un et une mobylette. Tous les CSPS enquêtés avaient accès à au moins une , à l'exception du CSPS de Bani qui a un . Il convient de noter que les membres du personnel du CSPS à Comin Yanga, Matiacaoli et Tigba contribuent tous aux réparations et à l'entretien périodique des mobylettes. Ces dépenses sont en moyenne de 1 500 FCFA par mois. Vu le peu de fonds disponibles pour l'entretien des véhicules, on permet au personnel de santé qui est d'accord pour entretenir les s lui-même de les utiliser pour certaines courses personnelles. Le CSPS de Sampelga a une moto Yamaha 175 pour son Programme élargi de vaccination (PEV) que lui a donné Save The Children (SCF)/Royaume-Uni (avec des fonds pour l'entretien et le carburant mensuels.) Save The Children/Royaume-Uni fournit également un soutien au CSPS de Gorgadji, notamment une et le carburant nécessaire pour le faire fonctionner.

L'on juge que deux vélos, deux s, une ambulance et un 4x4 "véhicule de liaison" sont le minimum nécessaire pour un CM. Le CM de Saponé et de Sebba ont chacun deux mobylettes et le CM de Pami en a un. Les trois CM ont des ambulances et des 4x4 bien que Pami indique que son ambulance ne fonctionne pas. Un véhicule plus le carburant est mis à la disposition du CM de Sebba pour son équipe de vaccination par SCF et le CM de Saponé a reçu son ambulance d'ONG travaillant dans la même zone sanitaire. Saponé est le seul CM qui a un .

**TABLEAU 7-2**  
**DISPONIBILITÉ DE L'ÉQUIPEMENT TYPE AUX CENTRES DE SANTÉ, MARS 1994**

EQUIPEMENT	CSPS			CM		
	QUANTITÉ EXIGÉE	Identique au Norme	Même pas un qui fonctionne	QUANTITÉ* EXIGÉE	Identique au Norme	Même pas un qui fonctionne
		%	%		%	%
<b>Véhicules</b>						
Liaison/4x4	0	100.0	-	1	100.0	0.0
Ambulance	0	100.0	-	1	100.0	0.0
Véломoteur	1	87.5	12.5	2	66.7	0.0
Bicyclette	1	12.5	87.5	2	0.0	33.3
<b>Autres Equipements</b>						
Lit	4	50.0	12.5	30	0.0	0.0
Réfrigérateur	1	100.0	0.0	0	-	33.3
Pèse bébé	1	87.5	12.5	3	0.0	0.0
Pèse adulte	1	100.0	0.0	3	33.3	0.0
Réchaud à gaz	1	0.0	100.0	1	100.0	0.0
Abaisse langue (boîte)	1	0.0	100.0	10	-	-
Microscope	1	37.5	62.5	0	-	0.0
Orthoscope	1	0.0	100.0	0	-	0.0
Tensiomètre	2	0.0	100.0	4	0.0	0.0
Thermomètre	4	25.0	12.5	15	0.0	0.0
<i>Notes:</i>						
a) Source : "Politique Sanitaire Nationale, 1980-90."						
b) Données pas disponibles.						

### 7.2.2 Autre équipement

Aucun des huit CSPS étudiés n'avait un tensiomètre, un orthoscope, un bec à gaz ou une boîte d'abaisses-langues, jugés être des pièces nécessaires de l'équipement. Cinquante pour cent des CSPS répondent à la norme d'un minimum de quatre lits ; trois CSPS (Gorgadji, Samplega et Tigba) ont moins de quatre lits et le CSPS à Koubri n'a pas de lit du tout. Pour assurer la disponibilité de produits de nettoyage de base, le personnel au CSPS de Tigba a indiqué qu'il achetait certaines fournitures tous les mois avec son propre argent, par exemple, le savon (4 @ 100 FCFA), deux litres d'eau de javel, cinq paquets de savon en poudre et une serpillière pour nettoyer le sol (@ 700 FCFA). On peut trouver au moins un microscope qui fonctionne dans trois des huit CSPS (c'est-à-dire Comin-Yanga, Ipecé et Koubri) et 100 pour 100 des CM étudiés. Parmi les CSPS, 87,5 pour 100 ont au moins une balance pour bébé et 100 pour 100 ont une balance pour adulte qui fonctionne. Tous les CM avaient au minimum une balance pour bébé et une balance pour adulte mais seul un CM répondait à la norme qui est de trois balances pour adulte. Tous les CSPS et CM avaient des réfrigérateurs fonctionnant, à l'exception de Sebba qui avait trois congélateurs. Le CM de Sebba est le seul établissement avec un congélateur, article qui n'est pas jugé être standard. Probablement que le congélateur remplace les réfrigérateurs. Les trois CM avaient au moins un bec à gaz, une boîte d'abaisses-langues, des orthoscopes et des tensiomètres.

Deux des trois CM avaient également du matériel comme la machine à écrire et le calculateur qui ne sont pas jugés être standard.

### **7.2.3 Pharmacies**

Des pharmacies soit privées soit communales desservent les établissements du Ministère de la Santé dans tous les centres enquêtés, à l'exception du CSPS de Sampelga qui n'a pas de pharmacie du tout. Les pharmacies dans les CSPS de Gorgadji, Matiacaoli et Tigba ainsi que le CM de Saponé et de Sebba sont privées. Les pharmacies au CM de Pama et au CSPS de Bani, Comin-Yanga, Ilpecé et Koubri sont communales. La pharmacie du CSPS d'Ilpecé contribue au coût de logement de l'infirmier (AIS). La pharmacie de Koubri contribue à raison de 30 000 FCFA par mois aux dépenses de fonctionnement de ce CSPS. Au moins un dépôt pharmaceutique existe dans sept des huit CSPS et dans tous les trois CM. La pharmacie de Pama a donné 100 000 FCFA au CM en 1993 et, en février 1994, le CM a pris 65 000 FCFA de la pharmacie pour réparer la pompe à eau.

## **7.3 DISPONIBILITE DES MEDICAMENTS ET DES FOURNITURES**

### **7.3.1 Médicaments**

Une des raisons citées par la population burkinabé expliquant les faibles niveaux d'utilisation des services des centres de santé publics, tels qu'étayés par les résultats de l'Enquête HFS/Ministère de la Santé sur la volonté et la capacité de payer est le manque de disponibilité des médicaments. Les problèmes budgétaires de ces dernières années ont limité les achats du gouvernement de médicaments importés à environ 200 millions de FCFA, soit un peu plus de 2 pour 100 du total des importations de médicaments (Banque mondiale). Le manque de plus en plus important de médicaments dans les centres sanitaires publics a valu des renchérissements de coûts pour les patients qui doivent acheter les médicaments à des prix plus élevés dans les pharmacies privées et, partant, le public a de moins en moins confiance dans la capacité des centres de santé à lui fournir les soins nécessaires. Bien que les importations récentes de médicaments aient nettement augmenté par rapport aux niveaux précédents, c'est le secteur privé qui est responsable de cette tendance. Par exemple, les dépenses pour les médicaments importés sont passées de trois milliards de FCFA en 1986 à neuf milliards de FCFA en 1991, égal à 1,6 pour 100 du PIB. Au vu de la dévaluation du FCFA de l'année dernière, l'on peut anticiper des restrictions supplémentaires sur l'achat de médicaments importés (Banque mondiale, 1994). L'on estime qu'un maximum de 6 pour 100 de médicaments trouvés dans les dépôts pharmaceutiques du public sont des médicaments génériques (Becker et al.).

Les données du *Tableau 7-3* fournissent une indication du peu de médicaments de base et de fournitures médicales disponibles et au moment de l'enquête en mars 1994 et l'an dernier. Seuls deux des établissements étudiés, le CSPS de Bani et le CM de Pama avaient des antibiotiques ou de la quinine au moment de la visite des enquêteurs. Aucun des centres visités n'avait du "vermox" ou de la chloroquine en stock au début de mars 1994. Sur tous les CSPS et CM de l'étude, l'on n'a trouvé de l'aspirine qu'au CM de Pama. Tous les centres de santé visités ont indiqué qu'ils avaient certains vaccins en stock.

### **7.3.2 Fournitures médicales**

Les fournitures de base comme les seringues, les gants ou les compresses sont tellement limitées que les CSPS à Comin-Yanga, Gorgadji, Samplega et Tigba sont obligés de les garder pour les urgences ou pour les patients indigents. Au moment de l'enquête, seuls 62,5 pour 100 des CSPS avaient des compresses, du coton et des gants. Seuls 12,5 pour 100 de tous les CSPS ont indiqué avoir des aiguilles et des couvre-doigts. Le CSPS de Koubri n'avait pas d'alcool au moment de l'enquête ou l'année dernière. L'alcool était en stock en mars dans 75 pour 100 des CSPS étudiés. Seuls deux des trois CM ont indiqué un stock d'articles de base comme l'alcool et le coton (au mois de mars). Le personnel interviewé au CSPS d'Ilpecé indiquait qu'il avait des lames pour les microscopes en stock en mars et pendant toute l'année dernière mais pas de technicien de laboratoire formé pour utiliser ce matériel. L'on a également mentionné qu'une commande de seringues reçue l'année dernière au CSPS de Matiacoalé est arrivée sans aiguilles. Aucun des trois CM n'avaient d'aiguilles disponibles au moment de l'enquête.

### **7.3.3 Contraceptifs**

Le stock de contraceptifs variait d'un centre à l'autre. C'est la pilule qui semblait la plus disponible, aussi bien au moment de l'enquête que l'année dernière. Les condoms étaient disponibles en mars dans 100 pour 100 des CM et seulement dans trois des huit CSPS, Bani, Koubri et Samplega. La moitié des CSPS ont indiqué qu'ils n'avaient pas de condoms en stock pendant 1994. Le personnel interviewé au CSPS de Comin-Yanga a indiqué que, bien qu'il avait des stérilets disponibles en mars et pendant l'année dernière, l'infirmière n'avait pas de formation pour l'insertion du DIU. Deux des trois CM (Saponé et Sebba) n'avaient pas de spermicides, d'injectables ou de stérilets disponibles en mars. Il convient de noter que les pourcentages de femmes burkinabés en union qui utilisent des méthodes contraceptives modernes sont négligeables ; par exemple, seules 2,1 des femmes prennent la pilule et moins d'1 pour 100 profitent de l'une des méthodes suivantes : stérilet, stérilisation ou condom (Konaté et al.).

## **7.4 SERVICES DE SOINS DE SANTE PRIMAIRES**

Les données du *Tableau 7-4* présentent des informations sur les nouvelles consultations et les naissances dans chaque centre en 1993 outre les activités liées au PEV et la supervision des autres formations sanitaires. Aucune donnée n'était disponible concernant les interventions chirurgicales. En dépit du besoin bien étayé d'éducation communautaire et de contact entre le personnel de la santé et la population, seules deux des 12 formations sanitaires ont indiqué qu'elles organisaient des campagnes d'éducation et de sensibilisation en outre du PEV. La conduite régulière de ce type d'activités pourrait augmenter les taux d'utilisation dans les centres de santé. Il est intéressant de noter que les résultats de l'enquête démographique et de santé (EDS) de 1993 indiquent que seules 41 pour 100 de toutes les naissances se font à l'aide d'un professionnel de la santé et que presque 31 pour 100 se font avec une accoucheuse traditionnelle. Les résultats de l'EDS indiquent également que 35 pour 100 seulement des enfants âgés de 12 à 23 mois ont été vaccinés contre toutes les maladies du PEV.

**TABLEAU 7-3  
DISPONIBILITÉ DE CERTAINS MÉDICAMENTS, CONTRACEPTIFS,  
ET FOURNITURES MÉDICALES CHOISIS AUX FORMATIONS  
SANITAIRES ENQUETÉES, MARS 1994 (POURCENTAGE)**

Médicaments et Fournitures Médicales	CSPS où disponible	CM où disponible
	(%)	(%)
<b>Médicaments</b>		
Aspirine	0.0	33.3
Antibiotiques	12.5	33.3
Chloroquine	0.0	0.0
Quinine	12.5	33.3
SRO	75.0	100.0
Vaccins	100.0	100.0
Vermox	0.0	0.0
<b>Contraceptifs</b>		
Condoms	37.5	100.0
Injectables	37.5	33.3
DIU	37.5	33.3
Pilules	87.5	100.0
Spermicides	25.0	33.3
<b>Fournitures</b>		
Alcool	75.0	66.7
Compresse	62.5	0.0
Coton	62.5	66.7
Colorant	25.0	33.3
Gants	62.5	100.0
Doigtier	12.5	66.7
Lame	50.0	33.3
Lamelles	50.0	33.3
Syringes	0.0	33.3
Thermomètre	87.5	100.0
Aiguilles	12.5	0.0

#### **7.4.1 Nouvelles consultations et accouchements**

Parmi les CSPS enquêtés, ce sont Koubri et Sampelga qui semblent avoir été les plus actifs en 1993 en fonction du nombre de nouvelles consultations et d'accouchements signalés. Le CSPS de Sampelga a fourni 3 581 nouvelles consultations l'année dernière, comparé à 3 402 pour Koubri, 2 318 pour Gorgadji et 2 023 pour Ilpecé. Le plus petit nombre de nouvelles consultations, soit 807, a été indiqué par le CSPS à Matiacoalé. Au CM, Saponé a indiqué 9 523 nouvelles consultations, suivi de Sebba avec 3 673 et Pama avec 1 540. L'année dernière, le nombre moyen de nouvelles consultations a été de 2 264 pour le CSPS et de 4 912 pour le CM.

Le nombre d'accouchements au CSPS allait de 523 à Koubri, à 311 à Ilpecé, à 135 à Sampelga, à 118 à Gorgadji, à 91 à Comin-Yanga et à 79 à Tigba et à 76 à Matiacoalé. Il n'existe pas de données comparables pour le CSPS de Bani. Le nombre le plus grand d'accouchements au CM l'année dernière, 230, était signalé à Sebba, comparé à 202 à Pama et à 164 à Saponé. Le nombre total d'accouchements en 1993 s'élevait en moyenne à 190 au CSPS et à 199 au CM.

#### **7.4.2 Programme élargi de vaccination (PEV)**

Tous les centres de santé participent au PEV : le nombre de postes de vaccination identifiés par l'étude actuelle allait de 45, où les visites sont prévues deux fois par semaine comme dans le cas du CSPS de Bani à sept postes dont chacun est visité chaque mois pour Koubri avec une visite par mois. Le personnel du CM de Sebba s'est déplacé l'année dernière dans 57 postes de vaccination, comparé à 13 postes pour Saponé et à 11 pour Pama. En moyenne, chaque CSPS est responsable de 21 postes de vaccination, comparé à une moyenne de 27 pour chaque CM.

**TABLEAU 7-4  
ACTIVITÉS AUX CENTRES DE SANTÉ AU COURS DE L'ANNÉE 1993**

Activité	CSPS		CM	
	Moyenne <sup>a</sup>	Fourchette	Moyenne <sup>a</sup>	Fourchette
Nouvelles Consultations	2,264	807-3,581	4,912	1,540-9,526
Accouchements	190 <sup>b</sup>	76-523	199	164-596
Interventions Chirurgicales	0	0	0	0
<b>Supervision du PEV</b>				
Nombre de postes de vaccinations	21	7-43	27	11-57
Fréquence des visites (par an)	14	6-24	16	12-24
Distance parcourue (km)	676 <sup>b</sup>	158-1,236	820	292-1,692
<b>Supervision des CSPS</b>				
Nombre	-	-	6	3-9
Fréquence des visites (par an)	-	-	16 <sup>c</sup>	7-24
Distance parcourue (km)	-	-	377	320-454
<b>Supervision des postes de santé primaires (PSP)</b>				
Nombre	11	5-18	-	-
Fréquence des visites (par an)	5 <sup>b</sup>	4-12	-	-
Distance parcourue (km)	243 <sup>d</sup>	162-348	-	-
<p><i>Notes:</i></p> <p>a) Moyenne arrondie.</p> <p>b) Moyenne basée sur 7 CSPS.</p> <p>c) Données pour 2 CM seulement.</p> <p>d) Données pour 4 CSPS seulement.</p> <p><i>Source:</i> Données collectées pour HFS aux centres de santé.</p>				

### **7.4.3 Supervision des CSPS et des PSP**

Les CM sont responsables de la supervision des activités des CSPS dans leur zone de santé et les CSPS supervisent les activités des PSP. Il est important de suivre les activités de supervision car elles exigent tant des ressources financières qu'humaines que du temps. Par exemple, le CM utilise une voiture ou un 4x4 pour superviser ses CSPS puisqu'il faut un grand véhicule pour transporter l'équipe mobilisée à cette fin. Par ailleurs, la supervision des PSP faite par les CSPS est généralement réalisée par une personne qui se déplace au poste avec une mobylette. La norme stipule une supervision trimestrielle des CSPS par les CM (opposé à une supervision mensuelle faite pour le PEV). Vu la nature des services fournis dans les postes de santé, ils exigent une supervision plus fréquente que les CSPS.

Comme on peut le voir sur le *Tableau 7-4*, la fréquence de la supervision varie d'un centre de santé à l'autre. Chaque CM enquêté a supervisé en moyenne six CSPS en fonction d'un calendrier allant de sept fois par an à deux fois par mois. En revanche, chaque CSPS a supervisé en moyenne 11 postes de santé (PSP) en 1993, de quatre par an à un par mois suivant le CSPS.

## **7.5 HONORAIRES POUR SERVICES**

L'information réunie sur les paiements demandés par les centres de santé n'était pas complète suite surtout au manque de constance et aux dossiers incomplets tenus par le personnel des centres de santé. Dans presque chaque centre visité, il existe un certain type de recouvrement des coûts, c'est-à-dire sous la forme de paiements pour les accouchements, les hospitalisations, les carnets de santé, les médicaments, etc. Les données réunies pour l'étude actuelle sont présentées sur le *Tableau 7-5*.

### **7.5.1 Hospitalisation**

Parmi les quatre CSPS qui ont indiqué faire payer pour l'hospitalisation, le paiement moyen était de 150 FCFA par jour. Le CM de Pama et de Saponé demandent 300 FCFA par séjour (durées non spécifiées) pour des hospitalisations et Sebba fonde son paiement sur la somme de 100 FCFA par jour.

### **7.5.2 Carnets de consultation et de vaccination**

Le coût moyen des carnets de consultation au CSPS est de 50 FCFA comparé à 58 FCFA au CM. Les carnets de vaccination sont en moyenne de 36 FCFA au CSPS et de 67 FCFA au CM mais le paiement le plus typique demandé pour un carnet de vaccination, par les CSPS et les CM est de 25 FCFA. Au CSPS, le prix le plus élevé est de 75 FCFA à Koubri et le plus faible est de 25 FCFA à Bani, Comin-Yanga, Gorgadji, Samplega et Tigba. Au CM, Pama demande uniquement 25 FCFA pour un carnet de vaccination comparé à 150 FCFA demandés par Saponé. Le CSPS à Koubri a indiqué demander 250 FCFA pour les consultations prénatales et 50 FCFA pour une consultation de bébé avec infirmier. Aucun paiement comparable n'était indiqué par aucun des autres centres de santé enquêtés. Ces variations reflètent l'absence d'une politique de services payants appliquée à l'échelle nationale ainsi que la prestation de services gratuits pour les indigents. Chaque établissement sanitaire peut déterminer ses propres tarifs.

**TABLEAU 7-5  
HONORAIRES PAR SERVICE AUX CENTRES DE SANTÉ CHOISIS  
MOYENNE<sup>a</sup> ET VALEUR LA PLUS FREQUENTE, 1994**

Service	CSPS		CM	
	Moyenne	Valeur la plus fréquente	Moyenne	Valeur la plus fréquente
Accouchements	375	300	300/séjour	300/séjour
Etablissement des certificats de visite médicale	2,750	.. <sup>b</sup>	.. <sup>b</sup>	.. <sup>b</sup>
Hospitalisations	150/jour	150/jour	.. <sup>c</sup>	300/séjour
Carnet de consultation	50	50	58	.. <sup>d</sup>
Carnet de vaccination	36	25	67	25
Intervention chirurgicale	1,200 <sup>e</sup>	1,500	1,000	1,000

*Notes:*  
a) Moyenne arrondie.  
b) Données pas disponibles.  
c) Ne peut être calculé dû aux différentes manières de fixer les paiements hospitaliers (e.g., par visite ou par jour).  
d) Chaque CM enquêté demande un prix différent pour un carnet de consultation, e.g., FCFA 100, 25, ou 50.  
e) Moyenne basée sur 5 CSPS.

### **7.5.3 Accouchements**

Le paiement moyen demandé par un CSPS pour un accouchement est de 375 FCFA avec une fourchette allant de 200 FCFA à Ilpecé à 1 000 FCFA à Kouabri. Tous les CM enquêtés demandent 300 FCFA par séjour pour un accouchement.

### **7.5.4 Chirurgie**

Dans tous les CM, les procédures chirurgicales coûtent 1 000 FCFA. Le paiement demandé le plus souvent pour un acte chirurgical dans un CSPS est de 1 500 FCFA, c'est-à-dire légèrement plus que le paiement moyen de 1 200 FCFA calculé pour les cinq CSPS indiquant cette information.

### **7.5.5 Certificats de visite médicale**

Les CSPS demandent une moyenne de 2 750 FCFA pour les certificats de visite médicale. Les paiements demandés effectivement vont d'un minimum de 1 000 FCFA à Ilpecé à un maximum de 4 000 FCFA à Koubri. Les CM enquêtés n'ont pas indiqué ce type de paiement.

## **7.6 RECETTES ET DEPENSES**

Les données sur les dépenses générales de fonctionnement n'étaient pas disponibles pour tous les centres de santé enquêtés. Vu que le MSASF fonctionne dans le cadre d'un système centralisé, il existe très peu d'information sur les coûts des diverses ressources dans les formations sanitaires publiques ou même au niveau provincial. Les coupes dans le budget de fonctionnement du MSASF ont entraîné un octroi inadéquat de ressources aux provinces. Vu que les formations sanitaires reçoivent des crédits et non de l'argent de la part du Ministère central et qu'elles connaissent toutes des stocks insuffisants de divers produits, il n'existe pas de système de gestion financière pour suivre les coûts. Dans la plupart des établissements, il n'y a même pas de système de stock pour suivre les produits donnés par le gouvernement. Cette situation fait qu'il est difficile de déterminer ce qui a été reçu et ce qui a été consommé par un centre de santé donné ainsi que la valeur de tous les produits qui ont pu être reçus et consommés. En général, l'information disponible sur les recettes des établissements était très rare. Les recettes indiquées semblaient être très modestes et il n'y a pas de compte rendu indiquant la manière dont les recettes ont été dépensées.

Les données sur les recettes et les dépenses du *Tableau 7-6* n'étaient disponibles que pour un seul centre de santé, le CSPS de Koubri. Les niveaux mensuels des recettes et des dépenses à Koubri ne peuvent pas être interprétés comme représentatifs des CSPS enquêtés ou même des CM. Par exemple, dans la Section 7-1, l'on a mentionné que Koubri est le seul de santé enquêté dont les effectifs dépassent la norme de l'IB. En outre, le CSPS de Koubri se distingue de la plupart des CSPS de par ses importantes activités de recouvrement de coûts. Koubri est également le seul centre qui a indiqué le montant d'un transfert, à savoir 30 000 FCFA reçus mensuellement d'une pharmacie communale. Il convient toutefois de noter que les dépenses de 1994 à Koubri dépassaient les recettes d'une marge de 4 270 FCFA. Le CSPS de Koubri peut fonctionner et prospérer proche d'un établissement confessionnel à but non lucratif géré par les frères de l'Abbaye de Koubri. De fait, le CSPS de Koubri était le seul exemple d'un centre de santé fonctionnant bien au sein de l'enquête.

En fonction des données réunies des Directions provinciales de la santé pour les centres de santé dans les trois provinces étudiées, les efforts agressifs déployés par Koubri pour le recouvrement des coûts ne semblent pas diminuer le niveau d'utilisation des services. Comparé aux sept autres CSPS, Koubri indique le nombre moyen mensuel le plus grand d'accouchements, de consultations de PMI et de pédiatrie. A l'évidence, l'IB n'offrira que peu d'avantages à ce centre de santé en particulier ; ses activités de recouvrement des coûts seront légalisées et une source de médicaments génériques sera mise à la disposition de la pharmacie de Koubri de sorte à pouvoir suivre l'impact de l'IB sur un centre fonctionnant pleinement.

L'on a noté des activités limitées de recouvrement de coûts dans d'autres établissements sanitaires. Par exemple, le CM de Saponé semblait avoir un laboratoire qui s'autofinance mais, suite à l'inadéquation de leurs dossiers financiers, il a été impossible d'évaluer l'état financier du laboratoire ou de

l'établissement dans son entier. Un rapport précédent de HFS a indiqué que les recettes annuelles d'une pharmacie publique provinciale étaient d'environ 45 millions de FCFA, avec une marge de 13 pour 100 sur les médicaments achetés de Ouagadougou et une marge de 24,2 pour 100 pour les médicaments achetés à l'étranger (Cf. Becker et al.). Les bénéfices sont utilisés pour payer le personnel, les impôts, les coûts de transport, etc.

**TABLEAU 7-6**  
**RECETTES ET DÉPENSES (MATERNITÉ ET DISPENSAIRE) POUR LE CSPS À KOUBRI, 1993 (FCFA)**

	1/93	2 93	3/93	4/93	5/93	6/93	7/93	8/93	9/93	10/93	11/93	12/93	Total	Moyenne
Recettes	138.000	149.350	114.000	151.725	137.460	133.400	129.600	124.900	207.256	217.840	143.840	134.350	1.781.821	148.485
Dépenses	167.496	161.370	133.910	150.335	150.095	122.085	138.555	120.480	207.205	149.010	152.225	133.325	1.786.091	148.841
Balance	(29.496)	(12.020)	(19.810)	1.390	(12.635)	11.315	(8.955)	4.420	51	68.830	(8.385)	1.025	(4.270)	(356)
en Caisse* au début du mois	51.805	22.309	10.289	(9.521)	(8.131)	(20.766)	(9.451)	(18.406)	(13.986)	(13.935)	54.985	46.510	-	-
en Caisse* à la fin du mois	22.309	10.289	(9.521)	(8.131)	(20.766)	(9.451)	(18.406)	(13.986)	(13.935)	54.895	46.510	47.535	-	-
<b>Montant en caisse (livre de compte)</b>														
<b>Dépenses</b>														
Salaires	102.000	102.000	102.000	102.000	102.000	102.000	102.000	102.000	102.000	102.000	102.000	102.000	1.224.000	102.000
Autre	65.496	59.370	31.910	48.335	48.095	20.085	36.555	18.480	105.205	47.010	50.225	31.325	562.091	6.841
<b>Recettes</b>														
Déput communautaire	30.000	30.000	30.000	30.000	30.000	30.000	30.000	30.000	30.000	30.000	30.000	30.000	360.000	30.000
Autre	108.000	119.350	84.100	121.725	107.460	103.400	99.600	94.900	177.256	187.840	113.840	104.350	1.421.821	-

**Notes:**

a) Dépenses fixes du dépôt communautaire = FCFA 42.000 for salaires et FFCFA 30.000 versement CSPS, total = FCFA 72.000.

b) Dépenses personnelles du CSPS = FCFA 102.000 par mois.

## 8.0 CONCLUSIONS

L'étude actuelle étaye certaines des faiblesses des centres de santé dont tous connaissent des obstacles de taille pour pouvoir fonctionner efficacement. Les pénuries du personnel sanitaire, des médicaments essentiels et de l'équipement et la supervision irrégulière des activités du CSPS et du CM ont eu pour effet de diminuer la demande déjà faible de soins dans les centres de santé publics. Outre le fait que les formations sanitaires ne fonctionnent pas pleinement, le manque de données exactes sur les opérations financières, notamment sur le niveau de dépenses et de recettes fait qu'il est impossible de déterminer les politiques les plus appropriées visant à maximiser l'efficacité et l'efficacité des mesures de recouvrement des coûts. Les résultats de l'enquête auprès des formations sanitaires démontrent que tous les centres connaissent, à divers niveaux, la plupart de ces problèmes. Il est particulièrement préoccupant de réaliser que les formations sanitaires étudiées ont été choisies par les Directeurs provinciaux de la santé en fonction du critère qu'elles disposeraient dans la mesure du possible du personnel et qu'elles fonctionneraient autant que possible.

Le second Plan de développement quinquennal du gouvernement stipule un programme ambitieux de construction et de rénovation des formations sanitaires de 1991 à 1995. En l'absence de changements complémentaires dans les effectifs, l'approvisionnement en médicaments et la gestion financière, il y a peu de chances que ces rénovations puissent accomplir grand chose. Par exemple, une décision de fournir une formation qui montre clairement au personnel sanitaire les avantages liés au maintien de dossiers corrects et qui cherche à motiver davantage chaque personne permettrait probablement de mobiliser plus de données et des données meilleures sur les divers aspects des opérations des centres de santé. De plus, des recettes sont perdues suite aux ruptures de stock de plus en plus fréquentes et de plus en plus longues. Une politique encourageant une meilleure planification pourrait aider à éviter ou à diminuer la fréquence des ruptures de stock.

## BIBLIOGRAPHIE

- Banque mondiale. 1994. Staff Appraisal Report, Burkina Faso Health and Nutrition Project (PDSN). Washington, DC. 11 mars.
- Becker, Gregory C., Suzanne E. McLees et Bineta Ba. 1992. Burkina Faso Family Health and Health Financing Project Protocol, Health Financing Subproject. Projet de financement et de pérennisation de la santé, Note technique. Décembre.
- Bekele, Abraham. 1991. Burkina Faso—Data Analysis of the Boulgou Cost Recovery Study. MCD International. Washington, DC. 30 mai.
- Bitran, Ricardo. 1994. A Supply-Demand Model of Health Care Financing with an Application to Zaire—A Training Tool. EDI. Washington, DC: Banque mondiale.
- Derriennic, Yann. 1994. Trip Report, Burkina Faso. Health Financing and Sustainability Project. Bethesda, MD. 12 mars.
- Konaté, Désiré Lohé, Tinga Sinaré et Michka Seroussi. 1994. Burkina Faso Enquête Démographique et de Santé 1993. Institut National de la Statistique et de la Démographie/Demographic and Health Surveys, Macro International Inc. Calverton, MD. Juin.
- Meeus, Wilma, Bineta Ba, Alexandre Tiendrebeogo et Daouda Nignan. 1991. Rapport d'Evaluation de l'Etude sur le Recouvrement des Coûts des services de santé dans la zone sanitaire de Garango, Province de Boulgou, Burkina Faso. Juin.

# **ANNEXE**