



CENTRE AFRICAIN D'ETUDES SUPERIEURES EN GESTION

Cesag / Dakar



Diplôme Supérieur d'Economie de la Santé

DSES(3^e cycle)

1^{ère} promotion (1998-2000)

mémoire de fin d'études:

Analyse des coûts de mise en œuvre de la stratégie de prise en charge des MST « classiques » par l'approche syndromique dans le district sanitaire de Banfora au Burkina Faso.



Présenté par:
Eugène Bonaventure
SAVADOGO(MD)

Directeur de mémoire:
Dr Mo MENA
Conseiller régional OMS

Avril 2000

M0002DSES00

2



Dédicaces

Je dédie ce travail :

- > A mon épouse Isabelle et à notre fille Carolle, pour tous les sacrifices que vous avez consentis afin que cette formation se déroule bien et paisiblement.
- > A Tous les miens, pour la solidarité et la cohésion que nous avons toujours manifestée et recherchée.
- > A mes amis et collègues de tous les jours.

Remerciements

- *A notre directeur de mémoire, le Dr Mo MENA, conseiller régional de l’OMS : Vous avez, en dépit de vos multiples occupations, accepté de nous accompagner avec patience et rigueur, tout le long de cette formation et de ce travail. A votre contact, nous avons appris bien de choses utiles, soyez en remercié.*
- *A l’ensemble de nos encadreur :*
 - *Madame L. CODJIA, chef du département santé du CESAG.*
 - *Professeur H. LAFARGE, maître de conférence à l’université Paris-Dauphine.*
 - *Monsieur, C. ATIM, PhD en économie, abt associates.inc.*
 - *Monsieur Farba L. SALL, Dr en économie de la santé.*
 - *Monsieur M. SACKO, Dr en économie des ressources humaines.*
 - *Professeur D. SHEPARD, PhD, Institute for health policy, Brandeis University, USA.*
 - *Monsieur M. MAKINEN, abt associates.inc.*
 - *Aux enseignants des autres départements du CESAG.*

Pour la qualité de l’encadrement et des enseignements reçus, nous leurs disons merci.

- *Nos remerciements à la direction et à l’encadrement administratif du CESAG.*
- *Nous exprimons nos remerciements aux autorités du ministère de la santé du Burkina Faso, pour nous avoir autorisé cette formation ainsi que la présente étude.*
- *Au Dr Emmanuel SEINI, mon frère jumeau ; ensemble nous avons partagé découragements, fatigues, joies et espoirs. Ensemble nous aurons réussi les « quatre écoles de Dakar ».*
- *A mes compagnons de la première promotion du DSES et de la neuvième promotion du DSGS, pour l’ambiance sympathique qui a régné entre nous.*

➤ *Cette étude a été possible grâce aux conseils, aux apports financiers et logistiques de certaines personnes à qui nous tenons à exprimer toute notre gratitude. Il s'agit particulièrement de :*

- ❑ *Dr Joseph CATRAYE , directeur du Bureau d'Appui en Santé Publique(BASP'96).*
- ❑ *Dr Frédéric KINTIN, coordonnateur national du projet Sida2, volet Burkina Faso.*
- ❑ *Dr François SOBELA, conseiller technique au bureau régional du projet « Appui à la lutte contre le SIDA en Afrique de l'Ouest » .*

Nous voudrions à l'occasion remercier les responsables du CCISD, en particulier Pierre VIENS et Mireille TRUELLE pour les avis, les encouragements et la collaboration.

➤ *Nous exprimons nos remerciements aux autorités sanitaires de Banfora: le directeur régional de la santé, Dr I. BASSANE, le médecin-chef de district, Dr E. MEDA et l'ensemble des agents de santé. Tous, nous ont apporté un appréciable appui lors de la collecte de données.*

➤ *A Dakar, nous avons retrouvé la chaleur familiale grâce à toute l'attention que nous a offerte la famille BADIEL : Armand, Viviane, Jennifer et Marie-Laure. Merci pour toute la sympathie.*

SOMMAIRE

Dédicaces

Remerciements

Liste des abréviations

Listes des tableaux et graphiques

Avant propos

	<i>Pages</i>
Introduction	1
I- CONCEPTUALISATION DU PROBLEME	3
1- Contexte et Justification	3
1-1 Prise de conscience du poids des MST classiques et des relations entre MST et VIH/SIDA	3
1-2 Importance des MST au Burkina Faso et les approches pour les contrôler	4
2- La problématique des coûts de mise en œuvre de l'approche syndromique	7
II-PRESENTATION DE L'ETUDE	9
1- Objet de l'étude	9
2- Objectifs de l'étude	9
3- Intérêt de l'étude	10
4- Limites de l'étude	10
5- Plan de l'étude	11

Première Partie : ETAT DES CONNAISSANCES ET CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE

Chapitre I : CADRE DE L'ETUDE 13

1- Cadre général 13

2- Cadre opérationnel 16

Chapitre II : ETAT DES CONNAISSANCES ET MODELE THEORIQUE 19

1- Etat des connaissances 19

1.1 Travaux reliés à l'évaluation des coûts
des MST "classiques" 19

1.2 Etudes portant sur les coûts unitaires
des services de santé 20

1.3 Travaux méthodologiques sur l'évaluation
et l'analyse des coûts des soins de santé 21

1.3.1 Définitions du coût 22

1.3.2 Méthodes de calcul des coûts dans
les programmes de soins de santé 23

1.3.3 Méthodes de calcul de l'amortissement 24

1.3.4 Choix de la période étudiée 26

1.3.5 Mesure de l'effet ("output")
d'un programme de santé 26

2- Modèle théorique et questions de recherche 27

Deuxième Partie: ETUDE REALISEE(Application du modèle théorique)

Chapitre I : METHODE ET PROCEDURE DE RECHERCHE	32
1- Stratégie et devis de recherche	32
2- Population cible de l'étude	32
3- Echantillon	32
4- Définitions opérationnelles des termes et concepts	34
5- La Collecte des données	35
5.1 Instruments de collecte de données	35
5.2 Techniques de collecte de données	35
5.3 Limites techniques et difficultés rencontrées	36
5.4 Quelques considérations éthiques	36
Chapitre II : METHODES D'ESTIMATION DES COUTS ET D'ANALYSE DES DONNEES.	37
1- composantes et ressources consommées	37
1.1 Les composantes(activités) essentielles du programme	37
1.2 Les ressources principales du programme	37
1.3 Classification des charges selon les types et les catégories	38
1.4 Classifications des charges selon la source (origine) de financement.	38
2- Méthodes d'estimation des coûts	38
2.1 La période de référence de l'étude	38
2.2 La rémunération du personnel.	39
2.3 Les coûts liés à l'utilisation des locaux	40
2.4 Les charges liées à l'organisation de la formation initiale des prestataires de soins	41
2.5 Les coûts liés à d'organisation des supervisons et des formations de recyclage	42
2.6 Les charges liées aux frais de médicaments	42

Chapitre III : RESULTATS DES ANALYSES	43
1- Les coûts totaux	43
1-1 Les coûts annuels liés à l'application de la stratégie	43
1-2 Les coûts additionnels annuels nécessaires à mise en place de la stratégie	46
1-3 Les coûts annuels selon les sources de financement des ressources	47
1-4 Les coûts annuels selon les composantes du programme	49
2- Les coûts moyens (ou unitaires)	51
2-1 Les effets(« output »)du programme sur la période étudiée	51
2-2 Le Coût Total Moyen ou Coût Unitaire d'une MST traitée	52
2-3 Le Coût Total Moyen ou Coût Unitaire d'une MST traitée selon le syndrome	52
2-4 Le Coût Moyen ou Coût Unitaire des soins d'une MST du point de vue de l'offre	54
2-5 Le Coût Moyen ou Coût Unitaire d'une MST traitée, supporté par le consommateur	54
 Chapitre IV : DISCUSSIONS ET RECOMMANDATIONS	 57
1-Synthèse des réponses aux questions de recherche posées	57
2-Explications raisonnées de certains résultats particuliers	58
3-Les perspectives de pérennisation du programme	59
3-1 Pérennité du programme au niveau du district de Banfora.	59
3-2 Extension de la stratégie de prise en charge syndromique à d'autres districts sanitaires du pays	63

4- Recommandations	65
4-1 Recommandations à l'attention du District de Banfora	65
4-2 Recommandations à l'attention des autorités du secteur de la santé, chargée de la lutte contre le SIDA et les MST, représentant l'Etat	66
4-3 Recommandations à l'attention du Projet Sida2 et des autres partenaires intervenant dans la lutte contre les MST	66
Conclusion	67
Références Bibliographiques	69
Annexes	72

Liste des abréviations

CCISD/ACDI : Centre de Coopération Internationale en Santé et Développement/ Agence Canadienne de Développement Internationale

CMA : Centre Médical avec Antenne chirurgicale

CM : Centre Médicale

COGES : Comité de Gestion

CSPS : Centre de Santé et de Promotion Sociale

MST : Maladie Sexuellement Transmissible

SIDA : Syndrome d'Immuno-Déficiences Acquis

VIH : Virus de l'Immunodéficiences Humaine

SP/CNLS-MST : Secrétariat Permanent du Comité National de Lutte contre le Sida et les MST

Liste des tableaux

Tableau n°1 : Répartition de l'échantillon des formations sanitaires selon le type et la localisation géographique.

Tableau N°2 : Répartition des ressources engagées par an pour l'application de la stratégie au niveau du district, selon la nature.

Tableau N°3 : Répartition des coûts annuels additionnels selon la nature des ressources engagées.

Tableau N°4 : Répartition des coûts annuels du programme selon les sources de financement.

Tableau N°5 : Coûts par composante de la stratégie au niveau du district au cours d'une année.

Tableau N°6: Répartition des patients de MST traité selon le groupe d'âge

Tableau N°7: Répartition des patients de MST traité selon le syndrome.

Tableau N°8: Répartition des patients de MST traité par zone de résidence et par sexe.

Tableau N°9 : Coût unitaire d'une MST selon le syndrome en cause.

Tableau N°10 : Coût Moyen d'une MST Supporté par le consommateur selon l'origine géographique et le sexe.

Tableau N°11 : Coût Moyen d'une MST Supporté par le consommateur selon son groupe d'âge.

Tableau N°12 : Coût Moyen d'une MST Supporté par le consommateur selon le syndrome MST présenté.

Liste graphiques

Figure N°1 : Répartition des catégories du coût total annuel du programme selon leur proportion

Figure N°2 : Répartition des coûts annuels en capital du programme selon les types de ressources engagées.

Figure N°3 : Répartition des coûts annuels renouvelables du programme selon les types de ressources engagées.

Figure N°4 : Part de chaque composante du Programme dans le coût annuel total.

Figure N°5 : Coût total moyen des syndromes MST pris isolément.

Figure N°6 : Coût Moyen supporté par les ménages selon la résidence et le sexe des patients.

Introduction

Le financement des soins de santé se trouve aujourd'hui au cœur d'un important débat. Il constitue une question de politique primordiale et une priorité pour le secteur de la santé de tous les pays du monde.

Dans les pays développés, les réformes sont axées essentiellement sur la maîtrise des coûts. Dans les pays en voie de développement, et particulièrement en Afrique subsaharienne, il s'agit, de faire face à une demande croissante de soins de santé de meilleure qualité, d'une part à un moment où les pouvoirs publics, confrontés à des compressions de ressources, ne peuvent plus honorer l'engagement de fournir à tous des "soins gratuits" et d'autre part à un moment où les populations sont sous le poids d'une pauvreté stagnante voire croissante. Ici le débat porte sur les moyens d'assurer la pérennité, d'améliorer l'efficacité technique et économique des services de santé et d'instaurer l'équité. Il porte aussi et surtout sur la définition et le partage des rôles entre les différents acteurs (décideurs, prestataires, communautés et partenaires.)

Pour progresser dans ce débat et aboutir à des consensus acceptables, il nous paraît fondamental d'introduire les principes et les perspectives de l'analyse économique. En effet, au-delà de toutes considérations, il faut faire face à la réalité, et l'essentiel repose sur un fondement de la science économique : l'optimisation de l'utilisation des ressources pour une meilleure santé et un plus grand bien être de toute la population. Il est vrai que le secteur de la santé présente des caractéristiques économiques particulières, sinon inhabituelles. On y retrouve des biens "hors du commun", l'incertitude y règne et les monopoles sont courants. Toutefois, les considérations économiques tendent à occuper une bonne place parmi les facteurs sur lesquels on s'appuie pour trancher.

Il est par conséquent essentiel de disposer d'estimations chiffrées des dépenses affectées aux actions de santé, pour formuler des politiques sanitaires efficaces, les mettre en œuvre, si besoin, les réajuster et procéder à un juste partage des coûts entre les différents acteurs à l'heure des réformes.

Dans les pays en voie développement, le discours et l'analyse économiques de la santé ne sont qu'à leurs débuts. Cela est encore plus vrai dans le cas des soins de santé primaires, probablement à cause de la diversité des activités et de leur caractère très intégré ; probablement aussi, du fait de la faiblesse du système d'information pour la gestion et des difficultés méthodologiques à définir et rechercher des coûts pertinents.

Dans la présente étude, nous examinerons les coûts, du point de vue de tous les acteurs, de la mise en œuvre d'un programme de soins de santé de base au niveau d'un district de santé. Ce programme porte sur la prise en charge syndromique des MST « classiques ». Le cadre d'évaluation des coûts s'inspire principalement des études portant sur l'analyse des coûts dans les programmes de soins de santé primaires et d'autres travaux méthodologiques sur les études des coûts. Nous pensons que la présentation de l'information en termes de coûts stimulera l'action et le support des partenaires. En d'autres termes, ces informations permettront de savoir combien coûte le programme, où est dirigée actuellement la plupart des ressources et de quelle manière elles se répartissent entre les différents intervenants. La réponse à ces questions contribuera à combler le manque d'informations sur les coûts et aidera à envisager des décisions et des actions efficaces pour assurer la pérennité du programme et aussi à plaider pour accéder à de nouveaux fonds nécessaires pour lutter contre les MST.

Ces aspects nous apparaissent important dans la mesure où dans les pays en voie de développement, la propagation des MST et du Sida résulte entre autres facteurs complexes, et ceci mérite d'être souligné, de l'insuffisance de soins de santé accessibles et efficaces. Or, quels que soient les schémas retenus pour étendre et maintenir ces types de soins à un plus grand nombre de gens, il importe de déterminer combien cela coûtera et d'où viendront les ressources nécessaires pour les financer. L'analyse des coûts de mise en œuvre de l'approche syndromique, jugée dominante du point de vue coût -efficacité par rapport aux autres approches et en cours d'exécution dans le district de Banfora, peut à notre sens, fournir des informations de bases importantes.

I- CONCEPTUALISATION DU PROBLEME

1- Contexte et Justification

1-1 la prise de conscience du poids des MST classiques et des relations avérées entre elles et le VIH/SIDA.

Depuis l'avènement de l'épidémie du VIH/SIDA, et particulièrement dans ces dernières années, un intérêt croissant est accordé à la prévention et à la prise en charge des MST "classiques" dans les pays africains. Et pour cause, Les MST constituent dans les pays en voie de développement, un réel problème de santé publique. L'OMS estime par an dans le monde le nombre de nouveaux cas de MST guérissables à 330 millions (21) ; Environ 25% des cas se retrouve en Afrique subsaharienne. La banque mondiale, dans un rapport de 1993 estimait que les MST, en dehors de l'infection par le VIH représentent, dans les pays en voie de développement, la deuxième cause d'altération de santé des femmes entre 15 et 44 ans après la morbidité maternelle(14).

En plus du fait que les MST constituent une importante source de morbidité de par leur évolution propre et leurs complications, il est établi qu'elles constituent aussi l'un des déterminants majeurs de l'extension du VIH/SIDA. En effet il est clairement reconnu maintenant que les MST "classiques" ulcéraives ou non, augmentent significativement le risque de transmission et/ou d'acquisition du VIH (17-31). On estime par exemple que les MST ulcéraives multiplient par 300 à 900% le risque de transmission du VIH. Dans un pays comme l'Ouganda, des modèles mathématiques ont montré qu'entre 1980 et 1990, 90% des cas d'infection par le VIH, cause du SIDA, pouvaient être attribués aux MST(25). D'autres études estiment les risques de transmission du SIDA par contact sexuel, en absence de toute MST à 0.5% de l'homme vers la femme et à 0.25% de la femme vers l'homme. Ces risques, en présence d'une gonorrhée ou d'une MST à chlamydiae sont multipliés par 5 et par 25 en cas de chancre mou ou de syphilis primaire(6). La prise de conscience s'est accrue avec la disponibilité des données épidémiologiques convaincantes sur le rôle multiplicateur des MST dans

l'acquisition et la transmission du VIH, d'où l'intérêt croissant du contrôle des MST dans la prévention de la transmission du VIH. L'évidence a été également fournie que l'amélioration de la prise en charge des MST pouvait réduire de manière substantielle aussi bien dans la population générale qu'au sein d'un groupe spécifique comme les professionnels du sexe, l'incidence de l'infection à VIH(12-16). C'est par exemple le cas du programme d'intensification du traitement des MST symptomatiques en Tanzanie qui a fait diminuer l'incidence du VIH de 40%(12). Désormais, le contrôle des MST est hissé au rang des priorités dans les stratégies développées pour freiner l'extension de l'épidémie de SIDA en Afrique. La lutte contre ces affections est devenue un défi que devra relever les pays africains particulièrement touchés(2).

1-2 L'importance des MST au Burkina Faso et les approches disponibles pour les contrôler.

Le Burkina Faso est l'un des pays Ouest- africains les plus touchés par l'épidémie du SIDA(18). En 1994 une étude menée auprès de 1294 femmes enceintes estimait la prévalence de l'infection à VIH à 8%. Les données officielles du ministère de la santé (séro-surveillance par sites sentinelles) indiquent qu'en 1998, la prévalence en milieu urbain du VIH varie de 7,7% à 8,96%. Parallèlement aussi, la prévalence des autres MST y est particulièrement élevée. Une étude réalisée par MEDA, N et *al.* auprès de 635 femmes enceintes a montré que 32,4 % d'entre elles présentaient au moins une MST(19) ; Une autre étude réalisée dans le cadre d'un programme de la banque mondiale et qui portait sur des femmes enceintes, des camionneurs et des prostituées, a indiqué que la prévalence de la syphilis était respectivement de 2,5 %, 9,3% et 15% (18). Au 31 décembre 1998 les données de la notification des cas de MST rapportent des taux de morbidité proportionnelle allant de 4,5% à 8,9% selon les régions¹.

¹ Rapport de surveillance épidémiologique du SP / CNLS-MST du Burkina

“ On a accumulé suffisamment de connaissances et de savoir-faire dans la lutte contre le VIH/SIDA et les MST au cours de la décennie précédente pour mettre en place des interventions efficaces en matière de prévention et de soins aux malades”(23). Au titre des interventions préconisées et recommandées pour le contrôle des MST "classiques"(notamment pour assurer leur détection et leur traitement) il y a globalement trois approches. La première qui est la plus classique est **l'approche étiologique**. Elle consiste en l'utilisation d'épreuves de laboratoire pour identifier l'agent causal de chaque syndrome MST afin de prescrire le traitement requis. Cette approche est le standard de soins des MST. Mais elle est très coûteuse. En moyenne un examen de laboratoire pour le diagnostic des MST, offert à un prix coûtant dans le contexte africain s'élève à 5US\$, alors que dans de nombreux pays africains dont le Burkina Faso, les dépenses de l'Etat pour l'ensemble des problèmes de santé sont inférieures à 10 US\$ par habitant et par an. Cette approche demande du temps pour les prélèvements et pour la réalisation de l'examen au laboratoire, ce qui peut décourager les patients. En outre elle nécessite du personnel spécialisé et surtout une bonne disponibilité de laboratoires d'analyses médicales ; ce qui n'est pas le cas dans la majorité des pays africains, en particulier dans les zones rurales et périphériques.

La deuxième **approche** est dite **clinique**. Elle consiste à utiliser l'expérience et l'expertise clinique du prestataire de soins pour identifier les symptômes et les signes typiques d'une MST en particulier et procéder à son traitement. Cette approche se heurte aux risques d'erreurs diagnostiques du fait de la dénaturation des caractéristiques cliniques des MST et parfois aussi de l'inexpérience du prestataire. Les infections mixtes ne sont pas rares et rendent ce diagnostic clinique aléatoire. La démarche exige enfin de disposer de cliniciens bien formés, voire spécialisés.

La troisième **approche** est celle dite **syndromique**. Cette stratégie recourt à un ensemble de symptômes, de signes et d'autres arguments cliniques pour aboutir à un syndrome. Le terme "syndrome" résume un groupe de MST ayant en commun des symptômes et/ou des signes. Pour chaque syndrome,

les germes pathogènes responsables les plus fréquemment mis en évidence lors d'enquêtes étiologiques, permettent le choix immédiat du traitement adéquat. Dans l'approche syndromique, on utilise des algorithmes (arbres de décisions) élaborés qui aident le prestataire de services de soins à poser un diagnostic et à choisir le traitement qui couvre toutes les causes importantes du syndrome. Cette stratégie permet à des personnels de santé qui ont une expertise clinique peu prononcée de poser correctement en peu de temps et en une seule consultation un diagnostic de MST. L'approche syndromique de prise en charge des MST "classiques" s'impose comme une alternative avantageuse et applicable dans les contextes économique et sanitaire des pays en voie de développement (22-23). L'ONUSIDA et l'OMS recommandent vivement l'adoption du diagnostic et du traitement syndromique des MST. En effet, on estime qu'une telle stratégie permettrait d'intégrer la prévention et le traitement des MST parmi les soins de santé de base, favorisant ainsi une plus grande accessibilité géographique et financière à l'ensemble de la population, à majorité rurale et pauvre.

Au Burkina Faso, la promotion de l'approche syndromique de prise en charge des MST "classiques" est faite depuis quelques années par des partenaires au développement du ministère de la santé dont, le projet Sida 2 du CCISD/ACDI, l'unité MST de l'Union Européenne et la GTZ. Ces partenaires interviennent dans des zones précises du pays. L'extension de la stratégie à l'ensemble des structures publiques et privées tient à cœur les autorités sanitaires nationales et est déjà en cours. Une politique nationale de lutte contre les MST est en voie d'adoption. La banque mondiale vient de financer un stock de médicament anti-MST destiné aux structures publiques de soins, en priorité à celles qui ne sont pas appuyées par un partenaire dans ce domaine. La structure chargée de coordonner les interventions en matière de lutte contre le VIH/SIDA et les MST dans un souci de préserver l'accessibilité financière des populations recherche des solutions quant aux tarifs à appliquer pour ces médicaments.

2- La problématique des coûts de mise en œuvre de l'approche syndromique.

Des études ont démontré l'efficacité technique de l'approche syndromique, sous des conditions bien précises(1-7-28). Cependant, et particulièrement au Burkina Faso, une étude des coûts liés à la mise en œuvre de cette stratégie fait défaut. Toutefois la nécessité de procéder à l'évaluation des coûts de la stratégie revient très souvent dans les recommandations des différentes études et réflexions menées dans le cadre de la lutte contre les MST "classiques" et le SIDA(5-22-28). Toutes ces recommandations ont pour but de disposer d'informations solides pour éclairer les décisions visant à promouvoir efficacement la lutte contre les MST/SIDA.

Outre ce qui précède, il faut noter que **la pérennité** de toute stratégie de santé, même techniquement efficace, est fonction de l'engagement des planificateurs et des décideurs politiques. Cet engagement doit se manifester dans l'allocation des ressources et l'adoption de politiques de financement cohérentes qui garantissent l'accessibilité permanente et l'équité dans la délivrance des soins aux populations. Or, une récente analyse(22) du programme de lutte contre les MST a révélé les contraintes suivantes :

- ✓ La stratégie de prise en charge syndromique des MST couvre partiellement les districts sanitaires du pays en raison de la « balkanisation » des interventions et des financements.
- ✓ Il n'y a pas de budget de fonctionnement au niveau des districts de santé pour l'acquisition du matériel et des produits de désinfection à usage courant dans les soins de MST/SIDA.
- ✓ Depuis quatre ans, le budget destiné au programme MST/SIDA n'a plus été reconduit, au niveau du budget de l'Etat, malgré l'existence d'une ligne de crédit.

Le contexte sanitaire du Burkina est marqué par la décentralisation du secteur de la santé (autonomie de gestion des districts sanitaires, participation communautaire...) et le renforcement des capacités gestionnaires à tous les niveaux du système. Ceci suppose un partage des rôles et des coûts dans la mise en application des politiques de santé.

Aussi, l'analyse des coûts constitue une composante essentielle du processus de gestion pour fournir des informations utiles à la prise de décision, notamment en ce qui concerne les montants et les emplois des affectations des ressources à consentir par chacun des acteurs, notamment l'Etat et ses démembrements, les organisations communautaires et les individus. Des informations sur les coûts peuvent fournir des arguments décisifs au plaidoyer en faveur de la stratégie de prévention et de traitement des MST "classiques" et canaliser ainsi l'apport des partenaires au développement.

Au Burkina Faso, il n'existe pas de données sur les coûts de mise en œuvre des algorithmes retenus pour la prise en charge des MST, ni de données relatives au coût par cas de MST traité selon l'approche syndromique. Notre travail se propose de contribuer à combler cette lacune. Il s'agit d'une recherche dont l'objectif général est d'estimer et d'analyser, les coûts engendrés par l'application de l'approche syndromique de prise en charge des MST "classiques" au niveau d'un district de santé, celui de Banfora, au Burkina Faso.

II-PRESENTATION GENERALE DE L'ETUDE

1- Objet de l'étude

Notre travail porte sur l'analyse des coûts d'un programme de santé. Il s'agit d'une recherche évaluative dont l'objectif général est d'estimer et d'analyser, les coûts engendrés par l'application de la stratégie de prise en charge syndromique des MST "classiques" au niveau d'un district de santé, celui de Banfora, au Burkina Faso.

2- Objectifs de l'étude

2.1 But

Contribuer à une meilleure connaissance des coûts engendrés par l'application de l'approche syndromique en vue d'aider à la prise de décision relative à la lutte contre les MST et le SIDA.

2.2 Objectif général

Evaluer et analyser, du point de vue de la collectivité, les coûts de mise en œuvre de la stratégie de prise en charge des MST "classiques" par l'approche syndromique dans le district sanitaire de Banfora.

2.3 Objectifs spécifiques

- 1 Evaluer les différents coûts (coût global, coûts fixes et variables) liés à l'application de la stratégie.
- 2 Décrire les profils des coûts selon les composantes de la stratégie et les sources de financement.
- 3 Déterminer le coût moyen(unitaire) d'un cas de MST correctement traité selon le syndrome.²
- 4 Evaluer les coûts additionnels qui ont été nécessaires à la mise en œuvre de la stratégie.
- 5 Discuter les perspectives de pérennisation de la stratégie, à partir des coûts identifiés et des informations et existantes.
- 6 Formuler des recommandations pertinentes pour le développement et la pérennisation du programme.

² Le système national d'information sanitaire a retenu essentiellement quatre syndromes: l'écoulement urétral, l'écoulement vaginal ou pertes vaginales, le syndrome inflammatoire pelvien et l'ulcération génitale.

3- Intérêt de l'étude

La présente étude nous offre un cadre d'application de certains outils et méthodes d'analyse acquis au cours de notre formation au CESAG³. A travers elle, nous voudrions donner un exemple pratique d'analyse des coûts d'un programme de soins de santé primaires dans le contexte de nos pays et contribuer à l'enrichissement d'une documentation sur l'analyse des coûts.

Nous voudrions aussi, à travers elle faire des apports méthodologiques en rapport avec l'analyse des coûts dans les programmes de santé.

Au-delà de ces aspects, l'étude voudrait contribuer à fournir des informations réelles aux différents intervenants dans la lutte contre le SIDA et les MST. Des informations qui puissent aider à la prise de décision et constituer des éléments de bases d'un instrument de prévision budgétaire et de négociation de subventions.

En outre l'étude pourrait fournir des prémices facilitant une analyse d'évaluation économique plus approfondie qui puisse parachever l'évaluation des objectifs ultimes de la stratégie de prise en charge des MST, à savoir réduire la charge de morbidité des MST, éviter des cas d'infections à VIH et enfin gagner des vies.

4- Limites de l'étude

Notre étude se limite à une estimation et une analyse descriptive des coûts.

Il ne s'agit pas d'une analyse coût efficacité comparative au sens propre.

Il s'agit d'une étude de cas portant sur un district précis. Les résultats se rapportent prioritairement à ce dernier ou à des districts assez similaires à ce dernier.

³ CESAG= Centre Africain d'Études Supérieures en Gestion

5- Plan de l'étude

Après l'introduction, la conceptualisation du problème et la présentation générale, l'étude s'articule autour de deux parties.

La première partie comporte deux chapitres :

- Le premier chapitre porte sur le contexte de l'étude et décrit le cadre général et le cadre opérationnel.
- Le deuxième chapitre fait le point sur l'état des connaissances en matière d'analyse des coûts et débouche sur le modèle théorique retenu pour la présente étude. Les hypothèses de l'étude et les questions de recherche sont exposées à la suite du modèle théorique

La deuxième partie porte sur l'étude réalisée, c'est à dire l'application du modèle théorique retenu. Cette deuxième partie se subdivise en quatre chapitres :

- Le premier chapitre présente la méthode et la procédure de recherche adoptées par la présente étude. Nous y décrivons la stratégie et le devis de la recherche, la population cible, l'échantillonnage, le processus de la collecte des données et des mesures faites. Les définitions opérationnelles des termes et concepts utilisés tout au long de l'étude y sont exposées.
- Le second chapitre détaille les méthodes d'estimation de la valeur financière des ressources et expose la méthode d'analyse des données.
- Le troisième chapitre expose les résultats des analyses. Les résultats sont présentés en regroupant d'un côté les différents coûts totaux ainsi que leurs profils et de l'autre les différents coûts unitaires et leurs profils.
- Le quatrième chapitre expose la discussion que nous avons menée à partir de résultats obtenus et des informations existantes, puis aboutit aux recommandations formulées à l'attention des intervenants en présence.

La conclusion générale fait suite à tout ce qui précède.

Première Partie :
ETAT DES CONNAISSANCES ET CADRE THÉORIQUE
DE L'ÉTUDE

Chapitre I : CADRE DE L'ETUDE

1- Cadre général

Le Burkina Faso est situé au cœur de l'Afrique Occidentale et s'étend sur une superficie de 274200 km² avec une population estimée⁴ à 10.312.609 habitants dont 48,7% d'hommes et 51,3 de femmes. 85% de la population vit en milieu rural. Administrativement, le pays est divisé en collectivités territoriales et en circonscriptions administratives dont, 8205 villages, 103 communes, 315 départements et 45 provinces. La province est constituée de département et de communes ; elle est dirigée par un "Haut Commissaire". Le département est composé de plusieurs secteurs et/ou villages et est dirigé par un "Préfet". La tendance actuelle est à la décentralisation accrue de l'administration du territoire, y compris les services techniques de l'Etat. Les provinces et les communes sont des collectivités territoriales dotées de la personnalité juridique.

Du point de vue du développement humain durable le pays est classé parmi les pays les moins avancés. Selon les composantes de l'IDH⁵ 1997, l'espérance de vie à la naissance est de 52,2 ans, le taux d'alphabétisation des adultes de 22,2%, le taux brut de scolarisation tous niveaux de 30%. Le Produit National Brut(PNB) par tête d'habitant se chiffre à 300 US\$ et le Produit Intérieur Brut(PIB) réel ajusté par habitant est estimé à 780 US\$ /P.P.A⁶. Le niveau de vie moyen par habitant et par an est de 72 800 Fcfa⁷ (soit 121 US\$), 161 800 Fcfa en milieu urbain et 55 600 Fcfa en milieu rural. Le seuil absolu de pauvreté est de 41.099 Fcfa et touche 44,5% de la population totale. Le seuil absolu d'extrême pauvreté selon une enquête de l'INSD⁸ est de 31 749 Fcfa et concerne 27,8% de la population.

⁴ Institut National de la Statistique et de la Démographie : « Recensement Général de la population et de l'habitat 1996 »

⁵ IDH= Indicateur de Développement Humain Durable (du PNUD)
PNUD : Programme des Nations Unis pour le Développement.

⁶ P.P.A= Parité du Pouvoir d'Achat

⁷ 1US\$= 600Fcfa

⁸ Institut National de la Statistique et de la Démographie « Le profil de pauvreté au Burkina Faso » 1996

La gestion du système de soins de santé est organisée à trois niveaux :

-Un niveau central qui renferme les directions centrales et les coordinations centrales des programmes verticaux comme celui chargé des MST/SIDA.

-Un niveau intermédiaire qui compte onze(11) directions régionales de la santé. Elles représentent les structures déconcentrées, chacune étant chargée d'apporter un appui technique à un certain nombre de districts de santé qui lui sont rattachés.

-Un niveau décentralisé constitué par le district sanitaire. Il correspond à l'unité opérationnelle la plus décentralisée et bénéficie d'une relative autonomie de gestion. Elle est dirigée par une Equipe Cadre de District.

Le système de soins du district comprend deux échelons : -le premier concerne les Centres de Santé et de Promotion Sociale(CSPS) et les Centres Médicaux(CM). Cet échelon constitue le premier niveau de contact des populations avec les services de santé. -le second échelon est représenté par l'hôpital de district, appelé Centre Médical avec Antenne chirurgicale(CMA). Le pays compte au total 53 districts sanitaires dont le celui de Banfora où se déroule la présente étude.

La politique sanitaire du pays est axé sur le développement des soins de santé primaires et a pour vocation de maîtriser les principaux problèmes de santé des communautés en fonction des notions d'équité, de participation communautaire et d'une meilleure collaboration entre les différents partenaires du secteur de la santé.

Au cours des dernières années, en particulier depuis 1991, le Burkina Faso a amorcé un ensemble de réformes et de réorientations des interventions dans le domaine de la santé. Toutes ces réformes reposent sur les principes de base suivants :

- Une politique de soins de santé mettant l'accent sur la prévention.
- Un système de cofinancement des soins entre pouvoirs publics et communautés locales.
- Une véritable décentralisation des services de santé permettant de garantir la participation des populations et la responsabilisation des collectivités locales.

Depuis lors, les manifestations de cette option de décentralisation se sont traduites entre autres, par l'autonomie de gestion administrative et financière accordée aux hôpitaux nationaux et régionaux, ainsi que l'autonomie de gestion financière accordée aux formations sanitaires périphériques.

Cependant, l'une des contraintes majeures qui entravent encore tous ces efforts d'amélioration dans le secteur de la santé, demeure la faiblesse de l'économie burkinabé. L'insuffisance de ressources constitue un handicap sérieux, tant pour le secteur public de la santé que pour les ménages.

A titre d'exemples⁹, la part du budget de la santé dans le budget de l'Etat était de 8,2% en 1996 et de 8,7% en 1997. En 1995 la dépense publique en santé par habitant était d'environ 2,6 US\$. Au cours de la même année, en proportion du Produit Intérieur Brut (PIB), les dépenses publiques de santé étaient de l'ordre de 7%.

Du côté des ménages, une enquête de l'INSD¹⁰ indique que 45% des ménages urbains consultent un centre de santé en cas de maladie contre 38% des ménages ruraux. Parmi les principales raisons invoquées de non-utilisation des services de santé, le « coût trop élevé » de la santé était incriminé. Selon la même étude, le ménage moyen (8 personnes environ) consacre environ 37 800Fcfa, soit 10% de son budget annuel aux dépenses de santé.

Dans ce contexte de réforme et de redéfinition des rôles des différents acteurs du système de santé, marqué par une pénurie de ressources, il nous a semblé important de procéder à l'analyse des coûts d'un programme spécifique de santé, la lutte contre les MST. D'autant plus que ces MST constituent un facteur très déterminant dans la propagation du SIDA qui lui-même, est reconnu aujourd'hui comme un obstacle majeur au progrès dans les pays en voie de développement et un nouveau défi qui risque de compromettre les acquis en matière de développement sanitaire.

⁹ Sources : Direction des Etudes et de la Planification du Ministère de la santé ; Rapport sur le développement humain durable du PNUD, 1997

¹⁰ Institut National de la Statistique et de la Démographie « Analyse des résultats de l'enquête prioritaire sur les conditions de vie des ménages »1996

2- Cadre opérationnel

Le district sanitaire de Banfora relève de la région sanitaire de Banfora. Il est situé à l'extrême sud-ouest du Burkina Faso et partage une frontière avec la république de la Côte d'Ivoire. Sur le plan administratif, les limites du district recoupent celles de la province de la "Comoé" qui compte 9 départements, 02 communes de plein exercice, 02 communes de moyen exercice et 198 villages. Sa superficie est de 15871 km². Sa population est estimée à 264.796 habitants¹¹. Du fait de sa situation géographique, il constitue une zone à forts flux migratoires, reconnus comme facteurs de propagation des MST et du SIDA.

Les principales activités économiques des populations sont l'agriculture et l'élevage. Cette partie du pays connaît l'une des meilleures pluviométries, avec des hauteurs moyennes de 1100 mm d'eau par an.

En outre, le district abrite cinq unités industrielles qui emploient plusieurs milliers de travailleurs.

L'offre des soins de santé modernes au niveau du district fait ressortir les éléments suivants :

- le district compte 31 structures de soins dont, 22 Centre de Santé et de Promotion Sociale(CSPS), 01 Centre Médical (CM), 01 Centre Hospitalier Régional(CHR), 01 antenne de l'office de santé des travailleurs, 01 centre de Santé Maternelle et Infantile(SMI) de la caisse nationale de sécurité sociale, 05 cabinets de soins privés. Le taux de fréquentation des formations sanitaires reste faible, environ 19%. Le nombre moyen de visites annuelles par habitant est d'environ 1,51.

- l'effectif total des agents publics de santé est de 184, toutes catégories confondues ; Le nombre de personnel médical et paramédical est de 121.

Outre, l'Etat, les collectivités locales, les organisations communautaires telles que les comités de gestion des différentes formations sanitaires, le financement du district est assuré par plusieurs partenaires bi/multilatéraux et des partenaires locaux.

¹¹ ¹¹ Institut National de la Statistique et de la Démographie : « Recensement Général de la population et de l'habitat 1996 »

Le programme de lutte contre les MST incluant une prise en charge des malades à l'aide d'algorithmes et intégrée aux soins de bases, a véritablement commencé au début de l'année 1999. Le district a bénéficié du concours du projet SIDA2 et de la coordination nationale du programme de lutte contre le SIDA et les MST.

La mise en œuvre de la stratégie au niveau du district a été principalement constituée par les activités suivantes :

- ✓ La formation initiale des prestataires de soins à l'utilisation des algorithmes retenus par le niveau central : cette formation s'est déroulée au cours d'une session de 5 jours qui a regroupé au chef lieu du district différents prestataires de soins des formations sanitaires du district (31 personnes). L'animation de cette session a été assurée par une équipe de formateurs venus du niveau central en association avec l'équipe locale des formateurs du district.
- ✓ La mise en place des algorithmes, préalablement confectionnés au niveau central, a eu lieu au cours de cette formation. Chaque agent formé, rejoignait son poste, muni au moins d'un exemplaire d'algorithme.
- ✓ La formation de recyclage a été organisée en une session, de la même manière que la formation initiale. Elle a concerné environ 15 agents de santé.
- ✓ Concomitamment aux formations, un stock de médicaments anti-MST a été mis à la disposition du district. Ces médicaments ont été introduits dans le circuit officiel de vente des médicaments essentiels à travers les dépôts de médicaments des formations sanitaires du district.
- ✓ La détection et le traitement des personnes atteintes de MST se font dans le cadre des soins curatifs de routine organisés par chaque formation sanitaire. En présence d'une personne atteinte d'une MST, l'agent de santé se sert de son algorithme pour poser le diagnostic et prescrire le traitement. Le patient muni de son ordonnance, achète les médicaments au dépôt pharmaceutique, en général sis dans l'enceinte de la formation sanitaire.

✓ La supervision et le suivi du personnel et des activités du programme comporte deux niveaux :

* Le premier niveau est représenté par une supervision trimestrielle réalisée par une équipe du niveau central vers l'Equipe Cadre de District. Chaque sortie de supervision dure entre 2 à 3 jours.

* Le second niveau est une supervision trimestrielle organisée par l'Equipe Cadre de District en direction des formations sanitaires. Pour cette supervision, le projet Siad2 accorde trimestriellement un appui financier. L'organisation pratique de l'activité est laissée à l'initiative des responsables du district.

Chapitre II : ETAT DES CONNAISSANCES ET

MODÈLE THÉORIQUE

1- État des connaissances.

Dans le cadre de cette recherche évaluative nous avons circonscrit notre étude aux analyses des coûts dans les programmes de Soins de Santé Primaires(SSP) à un niveau donné du système public de soins, en l'occurrence, le district de santé. Dans notre cas, il s'agit d'un programme de prévention secondaire ayant pour objet de fournir des prestations de soins curatives en ambulatoire. Face aux dures contraintes financières auxquelles les secteurs de la santé de nombreux pays, en particulier, africains, se heurtent, la question des coûts est devenue une préoccupation centrale des autorités sanitaires et des bailleurs de fonds. Depuis lors, plusieurs études portant sur les coûts des services de santé ont été réalisées dans plusieurs pays. Nous avons recensé certaines de ces études, en particulier celles ayant des rapports avec l'objet de notre étude. C'est sur leur contenu que nous voudrions ici centrer notre réflexion.

1.1 Travaux reliés à l'évaluation des coûts des MST "classiques".

* Dans la recherche opérationnelle de validation des algorithmes MST au Sénégal(1), la question du coût des MST y est abordée, en particulier dans la première phase de l'étude(février à mai 1996). Dans cette étude un questionnaire a été administré à un échantillon aléatoire de femmes fréquentant quatre structures de santé primaire à Dakar. Les femmes sexuellement actives (16 à 50 ans) et non porteuses de grossesse ont été incluses dans l'échantillon. Les coûts liés aux MST ont été estimés à partir des déclarations des femmes interrogées. L'étude fait ressortir la somme moyenne dépensée pour le traitement de la maladie (14 270Fcf). Les dépenses portaient sur les frais de médicaments, d'analyses et les frais de consultations. La méthode d'évaluation ici des coûts a tenu seulement compte des coûts directs supportés par les malades. Les autres ressources entrant dans la prise en charge de la maladie (infrastructures, personnel) n'ont pas été prises en compte. Une autre limite réside dans l'estimation des coûts directs imputables aux patients, basée exclusivement sur les réponses

des sujets interviewés. En effet des risques d'oublis ou d'imprécisions importants peuvent entacher les résultats.

* Une évaluation de schémas thérapeutiques des MST en Côte d'Ivoire(7) a abordé entre autres objectifs la faisabilité en terme de coûts de ces schémas. L'étude s'est déroulée au sein de dix structures sanitaires publiques et périphériques. Les patients présentant une MST ont été inclus avec leur consentement dans l'étude. Les prestataires concernés appliquaient un arbre de décision pour la prescription du traitement. Les médicaments prescrits étaient toujours vendus aux patients dans la pharmacie de la structure où ils ont été vus ; l'impossibilité ou le refus de payer les médicaments était un motif d'exclusion de l'échantillon. Les coûts estimés dans cette étude ne prenaient en compte que ceux des médicaments(coût de l'ordonnance) et le tarif payé pour l'acte de consultation médicale. Les auteurs ont calculé plusieurs types de coûts. Le coût théorique des algorithmes était constitué de la valeur financière (prix public) des médicaments recommandés. Le coût moyen des algorithmes pour les patients incluait uniquement les frais d'ordonnance(1546Fcfa). Le coût total direct(1721Fcfa) de la prise en charge des patients a tenu compte des frais de médicaments et du tarif de consultation. Dans cette étude, comme dans la précédente le concept de coût est examiné exclusivement sous l'angle du consommateur de soins.

1.2 Etudes portant sur les coûts unitaires des services de santé.

* L'étude de WETTA, C et *al.* sur les coûts unitaires des services de santé au niveau des districts sanitaires(29) avait pour but d'élaborer un set de coûts unitaires des différents services de santé au niveau district afin de pouvoir valider objectivement les requêtes budgétaires. Le second objectif était de confronter les niveaux de coûts unitaires aux tarifs pratiqués et aux enquêtes ménages afin de tenter de déterminer les cas d'inaccessibilité financières auxquels il faut s'attendre. La méthodologie utilisée prend en compte l'ensemble des ressources utilisées par le district, pour calculer les coûts totaux et les différents coûts unitaires des services de santé(préventif et curatif). Cependant, il faut remarquer que les prestations sont regroupées en classes homogènes(préventives, curatives... etc.).

Le rapport entre le coût fixe total du district et le volume total des prestations produites aboutit à un coût fixe moyen uniforme. Ce qui suppose par exemple que toutes les prestations requièrent le même volume de ressources pour être produites. Ceci est relativement hypothétique et même discutable. Dans cette étude, les coûts ont été exclusivement envisagés sous l'angle de l'institution organisateur des soins, le district sanitaire. L'étude ne fait pas ressortir la participation financière de la communauté et des ménages. Les coûts unitaires des actes curatifs étaient estimés à 870 et 1750 Fcfa selon le district sanitaire.

* L'étude de SANNE, S. sur les coûts des activités de santé maternelle et infantile(26), utilise une méthode de calcul des coûts complets. L'auteur fait ressortir les coûts, annuel et moyen des différents actes, de même que la part des différentes parties dans le financement de la stratégie, en l'occurrence, l'Etat, les partenaires et les organisations communautaires. Seuls les ménages sont en reste. Or, en dépit du fait qu'il s'agisse d'activité de prévention primaire, les individus contribuent directement et indirectement (médicaments, seringues, temps... etc.).

* Les études au niveau de l'hôpital(27-30), déterminent les coûts de prestations de soins dans le but de les comparer aux tarifs appliqués. Les coûts comptables sont le plus souvent privilégiés. Dans tous les cas, les coûts supportés par les utilisateurs sont omis dans ces évaluations. La méthodologie et le cadre d'estimation des coûts unitaires des prestations de soins, même ambulatoires, ne sont pas adaptés à l'analyse des coûts dans un programme de santé

1.3 Travaux méthodologiques sur l'évaluation et l'analyse des coûts des soins de santé(8-13-20).

Un certain nombre d'auteurs ont réalisé des études portant sur l'estimation et l'analyse des coûts des services. Plusieurs concepts ont été définis et des méthodes proposées. Nous examinons quelques-unes d'entre elles.

1.3.1 Définitions du coût

D'une manière générale "le coût exprime ce à quoi on renonce pour obtenir quelque chose "(9). Cette définition générale ne repère pas assez les éléments constitutifs du coût.

Si l'on se réfère à la fonction de production, le coût est "l'expression monétaire de l'utilisation des ressources dans le processus de production des services."¹²

La fonction de production exprime la relation entre un ou plusieurs inputs et un ou plusieurs outputs. Etant donné la diversité des inputs, il convient de trouver technique d'intégration qui permette de mesurer leur importance sur la base d'une échelle commune. Selon les objectifs poursuivis par la mesure du coût on en distingue deux principaux types :

* Le coût comptable d'un bien ou service, est la valeur monétaire des dépenses effectivement engagées pour obtenir ce bien ou service. Ce coût relève du domaine de la comptabilité analytique dont les principaux objectifs sont de procéder à l'enregistrement des dépenses et permettre une analyse en vue de minimiser les charges, déterminer la production optimale, fixer le prix, élaborer le budget et faire des prévisions, toute chose qui concoure à la maximisation du profit au niveau de l'entreprise.

* Le coût économique ou coût d'opportunité, se définit comme étant la valeur de l'alternative abandonnée la plus intéressante en faveur de celle choisie. Ce coût intéresse d'avantage les économistes de la santé dont l'essentiel des analyses porte sur des entreprises particulières (hôpital, centre de santé, programme de santé) dont l'objectif principal n'est pas l'enrichissement des actionnaires(Etat, communauté et bailleurs de fonds) mais d'assurer la capacité à fournir à long terme les services de santé.

Le coût économique saisit les charges comptables (parfois ajustées) auxquelles s'ajoutent d'autres coûts qui ne sont pas enregistrés par la comptabilité, mais qui représentent une valeur dont il faut tenir compte.

¹² Ziemer, Young et Topping (1971)

1.3.2 Méthodes de calcul des coûts dans les programmes de soins de santé.

Plusieurs considérations sont à prendre en compte dans la mesure des coûts. Il faut en général préciser le contenu du coût, le moment ou la période de sa mesure, le types de charges, les fonctions des charges et le niveau de décision considérée.

* Selon le contenu ou la composition, on distingue les coûts complets et les coûts partiels(10).

Le calcul des coûts complets intègre les charges directement imputables à la production d'un service donné et une quote-part de celles qui sont communes à la production des autres services de l'entité considérée. Cette quote-part représente les charges indirectes imputables à la production de ce service. Le calcul des coûts complets offre l'avantage d'aboutir à un prix de revient complet du service produit, permettant de fixer le tarif du service, de comparer les performances de sa production avec celles des autres services fournis. Sa principale limite tient au caractère quelquefois arbitraire et approximatif de la répartition des charges communes (détermination d'une clé de répartition).

Le calcul des coûts partiels intègre uniquement une partie des charges. Les coûts partiels fréquemment rencontrés sont : -les coûts variables(ou direct costing), ils intègrent uniquement les charges variables directes et indirectes -les coûts spécifiques(ou direct costing évolué), ils intègrent toutes les charges variables(directes et indirectes) plus les charges fixes directes.

* Selon le moment de la mesure, on distingue les coûts constatés et les coûts préétablis. Les premiers correspondent à des coûts calculés postérieurement aux faits auxquels ils se rapportent. Les seconds renvoient à des coûts estimés antérieurement aux faits auxquels ils se rapporteront, ce sont des coûts calculés à priori, basés sur des hypothèses de prévisions ou de normes.

* Selon le type de charges, on distingue les coûts récurrents et les coûts d'investissement. Les coûts récurrents(ou de fonctionnement) concernent la valeur des inputs dont la durée de vie n'excède pas une année, par exemple les salaires du personnel, les frais d'entretien divers, les médicaments et

consommables. Les coûts d'investissement (ou en capital) concernent la valeur des inputs dont la durée de vie dépasse une année, c'est le cas des infrastructures, de l'équipement, des véhicules, des formations initiales de personnel qui ont lieu qu'une fois ou rarement.

* Selon les fonctions ou activités du programme, on parvient, après avoir répertorié et classifié ses différentes composantes à calculer le coût de chacune d'elles.

* Selon le niveau de décision, lors de la mesure des coûts d'un service social, au moins quatre points de vue peuvent être pris en considération : celui du consommateur ou bénéficiaire, celui du pouvoir de tutelle, celui du pouvoir organisateur, enfin, celui de la collectivité(société) dans son ensemble¹³ (13). Le coût pour le consommateur comprend sa participation directe au financement du service(par exemple, le ticket modérateur à l'hôpital) et les autres dépenses occasionnées par l'utilisation du service(par exemple, coûts des déplacements éventuels, des médicaments). Le coût pour le(s) pouvoir(s) de tutelle, peut être évalué sur la base des subventions. Celui du pouvoir organisateur comprend sa participation propre au financement, ainsi que l'intervention financière d'un pouvoir public décentralisé. Le coût pour la collectivité exprime le coût total de production du service et se compose de la somme des coûts supportés par les trois agents envisagés ci-dessus. Ce montant constitue évidemment l'élément le plus important pour l'évaluation, puisque la répartition de sa couverture entre le consommateur, le pouvoir organisateur et le(s) pouvoir(s) de tutelle dépend de mesures discrétionnaires, c'est à dire les règles de subvention et de tarification. Cependant, une modification de cette répartition, en influençant les comportements des divers acteurs, peut affecter le montant du coût total, donc du coût pour la collectivité.

1.3.3 Méthodes de calcul de l'amortissement(13).

Lors des évaluations de coûts, le calcul des amortissements porte sur la valeur de chaque investissement. Bien qu'ils durent longtemps, les investissements sont soumis à l'usure du simple fait de leur utilisation ou de

¹³ Voir aussi ROSSI et FREEMAN (1986), pp 335 et suites.

l'obsolescence. En raison de cette dépréciation, ils doivent, au terme de leur "vie" être renouvelés. Le concept de l'amortissement repose sur cette idée. Dans le secteur marchand, on évalue l'amortissement par une technique comptable très courante et simple qui consiste à diviser le coût d'acquisition par le nombre d'années de vie du bien et à considérer le résultat comme le coût annuel de l'investissement.

Cependant, on ne peut se contenter de cette technique si l'on s'intéresse aux coûts de renonciation(ou d'opportunité). En effet les économistes proposent d'autres méthodes d'évaluation de l'amortissement annuel et jugent nécessaire d'y ajouter un coût financier d'immobilisation. Pour cela, il convient de déterminer la durée de vie du bien et sa valeur.

La durée de vie du bien est estimée au cas par cas, selon le type de bien considéré. Pour les biens qui ne sont pas neufs au moment de l'évaluation, il convient de retenir la durée de vie "restante".

La valeur du bien, quant à elle, change selon l'optique de l'évaluation. Elle est estimée par la valeur de remplacement du bien, c'est à dire le prix de biens neufs identiques, lorsqu'on envisage la poursuite ou l'extension des services. Par contre, lorsqu'on désire en cesser la production, on calcule la valeur de revente ou de ré affectation du bien ; Ce chiffre exprime alors le coût d'opportunité à maintenir ces services en activité.

L'estimation du coût d'utilisation du capital, elle prend la forme d'un taux d'intérêt appliqué à la valeur du bien. Les économistes ne s'accordent pas sur la valeur de ce taux. Certains auteurs proposent de choisir, en cas de financement par l'Etat, le taux d'intérêt des emprunts à long terme les plus récents des pouvoirs publics. D'autres auteurs conseillent de retenir le taux de 10% que pratique la Banque mondiale et qui est en fait une valeur maximisée. La démarche permet d'aboutir à la formule suivante,

$$\mathbf{a(r, n) = \frac{r (1+r)^n * CV}{[(1+r)^n - 1]}}$$

(**a**= le coût annuel de l'amortissement ; **CV**=(Courant Value)la valeur actuelle du bien ; **r**= le taux d'intérêt ; **n**= la durée de vie du bien).

1.3.4 Choix de la période étudiée.

Au cours des études d'évaluations de coûts, il est recommandé de le faire pour l'ensemble d'un exercice, de préférence le plus récent. Cependant, en cas d'insuffisance de données disponibles, lorsqu'il s'agit par exemple d'un nouveau programme ou d'insuffisance de temps, on peut être amené à restreindre la période étudiée, tout en prenant le maximum de mesures pour éviter des distorsions trop marquées(8).

1.3.5 Mesure de l'effet("output") d'un programme de santé

Pour décrire les effets d'un programme, on utilise différentes terminologies telles que "conséquences", "résultats", "avantages", "bénéfices" ou "retombées". Quoique voisins, ces termes ne sont pas interchangeables. Le langage économique distingue clairement les "bénéfices" qui se réfèrent à des résultats mesurables en termes d'argent, de l'"efficacité" ou des "effets" qui ne peuvent s'exprimer en termes financiers. La plupart des programmes de santé ont pour objectif ultime l'amélioration de l'état de santé des populations auxquelles ils sont destinés. Cependant pour des raisons pratiques plusieurs indicateurs de cette efficacité ne reflètent que des changements intermédiaires plus que des résultats finaux. Ainsi on se choisira par exemple comme indicateur d'efficacité, le nombre d'enfants vaccinés, nombres de cas traités. etc. Ces données étant collectées sont souvent plus disponibles. Ensuite seulement, si possible, on s'attache aux effets et/ou à l'impact sur l'état de santé.

En résumé, plusieurs études sur l'analyse des coûts ont été réalisées.

A la lumière et à la suite de ces travaux, nous voudrions à notre tour, apporter une contribution à l'enrichissement de cette littérature.

Le modèle théorique que nous avons choisi, et dont la description détaillée va suivre s'inspire des connaissances sus examinées.

2- Modèle théorique et questions de recherche.

En matière d'analyse des coûts, deux principaux types de modèles sont proposés aux chercheurs(4-15). La première est une méthode d'évaluation des fonctions de production ; Celle-ci permet, les prix des inputs étant donnés de déterminer les meilleures conditions d'offre de différentes quantités de services et d'étudier dans les situations optimales les variations des frais. La deuxième méthode lie directement les coûts et les quantités produites(output). Cette dernière est la plus utilisée et c'est elle qui va nous intéresser dans la présente étude. En référence à l'état des connaissances développé précédemment, nous nous proposons d'utiliser le schéma d'ensemble d'analyse des coûts dans les programmes de soins de santé primaires(8) qui s'inspire du modèle liant directement les coûts aux quantités. La littérature indique que le choix d'une méthode de calcul des coûts est fonction de plusieurs éléments, dont principalement, les objectifs visés, la nature du service producteur(service uni ou multicellulaire)¹⁴, la disponibilité des données et la nature de l'audience. Pour ce faire, nous adapterons la démarche en tenant compte du contexte dans lequel se déroulera notre étude.

La recherche proposée ici, vise à contribuer à une meilleure connaissance des coûts engendrés par l'application de l'approche syndromique de prise en charge des MST classiques dans un district de santé au Burkina Faso. Ce sont les coûts économiques qui seront évalués ; Cependant la notion du coût économique ne sera pas poussée à l'extrême dans cette étude. Seules les ressources pertinentes qui donnent lieu à un échange seront prises en compte. Les coûts indirects supportés par les patients(4) (frais de transport, temps d'attente et de traitement...etc.) ne seront pas évalués ici. Par ailleurs, il s'agira d'une estimation de coûts constatés. La méthode de calcul des coûts spécifiques(ou coûts directs ou "direct costing évolué") qui prend en compte toutes les charges variables(directes et indirectes) plus les charges fixes directes sera appliquée.

¹⁴ Un service social est dit uni ou multicellulaire selon que son activité principale est unique ou multiple.

En effet, saisir l'information d'une institution multicellulaire, comme un district de santé, nécessite une telle démarche, fondée sur ce que les économistes d'entreprise appellent "la comptabilité analytique"(13). L'imputation des charges communes (indirectes) supportées par l'Etat, le district ou les bailleurs, se fera à l'aide de clé de répartition déterminée selon des critères appropriés et en fonction des informations disponibles sur le terrain(exemple : charge de travail du personnel de santé impliqué dans les activités de prise en charge des MST, nombre de personnes consommatrices de soins pour lequel le bien matériel a été utilisé...etc.). L'estimation annuelle du coût des investissements se fera par une méthode d'amortissement économique selon la formule suivante :

$$a(r, n) = \frac{r(1+r)^n * CV}{[(1+r)^n - 1]}$$

Où (**a**= le coût annuel de l'amortissement; **CV**=(Courant Value)la valeur actuelle du bien; **r** = le taux d'intérêt; **n** = la durée de vie du bien). Le taux d'intérêt retenu est celui de 10%.

L'étude étant menée du point de vue de la société, la mesure des coûts prendra en en considération les charges supportées par le district sanitaire y compris ses partenaires locaux, l'Etat, les partenaires extérieurs(bailleurs) et les consommateurs. La période de référence sera de préférence l'exercice annuel le plus récent dans le district sélectionné. A défaut, nous pourrions être amenés à restreindre la période étudiée, tout en prenant le maximum de mesures pour éviter des distorsions significatives des données.

L'unité de mesure des effets (outputs) produits par la mise en œuvre du programme retenue est le cas de MST « classique » traité conformément aux indications en vigueur. Ces effets permettront ultérieurement les calculs des coûts unitaires. Nous n'avons pas pris en compte les cas où un traitement non conforme pouvait être efficace.

Dans la démarche conceptuelle, le coût est l'expression monétaire des ressources utilisées dans le processus de production des services.

La fonction de coût rend compte de la relation entre cette expression et les variables explicatives des coûts qui sont :

*les facteurs de production en place c'est à dire, les ressources humaines, matériel et équipement y compris les bâtiments et locaux.

*les sources de financement..

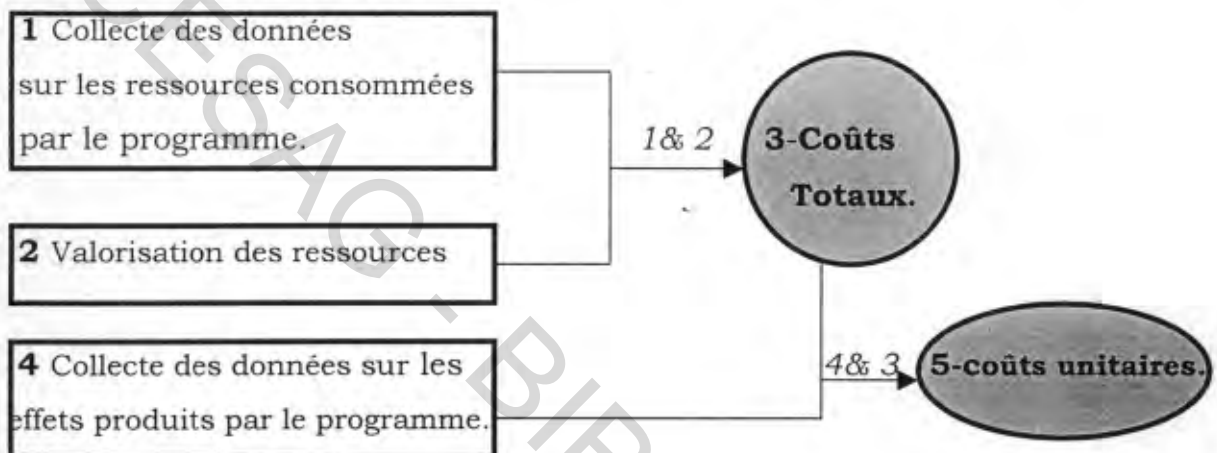
*la combinaison des activités du programme.

Les variables expliquées sont :

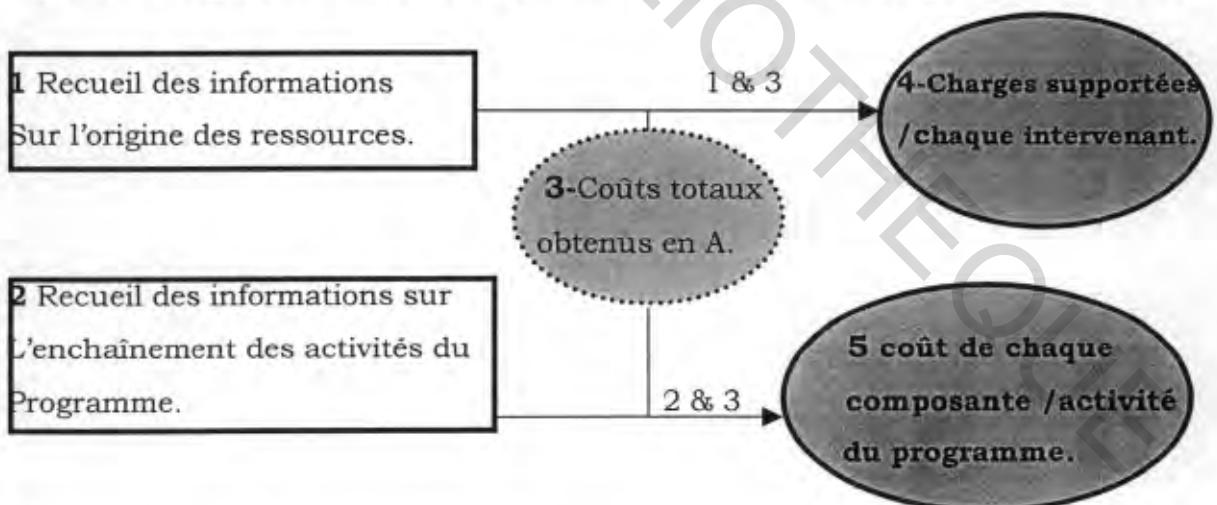
*les coûts et les effets("output")obtenus.

La démarche générale de l'étude se schématise comme suit :

A) L'estimation des coûts



B) Les charges par source de financement et les coûts par composante.



La démarche schématisée ici est purement conceptuelle. Il n'existe pas à proprement parlé de préséance entre les différentes étapes. Dans la pratique, plusieurs étapes s'exécutent simultanément. Un même outil de collecte de données peut être conçu pour recueillir plusieurs types d'informations à la fois.

La mise en œuvre du programme consomme des ressources, donc engendre des coûts. Notre étude cherche à explorer certaines hypothèses en rapport avec les perspectives de pérennisation du programme :

- Le district sanitaire de Banfora n'est pas capable d'assurer sur fonds propres le coût des charges récurrentes induites par le programme.
- Les consommateurs de soins ne sont pas capables de supporter le coût des soins MST.
- L'extension du programme à l'ensemble des districts requiert une participation financière des partenaires extérieurs.

A côté de la question de pérennité, l'étude pourrait explorer des questions liées à l'efficacité et à l'équité du programme tel qu'exécuté à Banfora.

L'application de la démarche sus décrite devrait nous permettre de répondre aux questions suivantes :

*Quels sont les coûts de l'approche syndromique au niveau du district de Banfora ?

*Quelles en sont les sources de financements actuelles ?

*Comment se répartissent les charges entre les différents intervenants au financement ?

*Comment se répartissent les coûts entre les principales activités du programme ?

*Combien a-t-il fallu ajouter aux ressources déjà existantes au niveau du district pour lancer le programme ? (coûts additionnels).

*Combien coûte un cas de MST "correctement" traité selon la stratégie retenue ?

CESAG

Deuxième Partie :

ÉTUDE RÉALISÉE (Application du modèle théorique)

Chapitre I : METHODE ET PROCEDURE DE RECHERCHE

1- Stratégie et devis de recherche

L'étude proposée est une recherche synthétique de cas. Cette stratégie offre un potentiel élevé de validité interne susceptible de rendre nos résultats utilisables au niveau du district choisi. La relative similitude des districts de santé, ainsi que l'explication fournie sur la méthodologie, constituent des atouts pour le renforcement de la validité externe.

Il s'agit d'une étude descriptive et d'analyse des coûts et non d'une analyse coût efficacité comparative au sens propre. En effet, la stratégie de prise en charge syndromique des MST n'est pas comparée à une autre option.

2- Population cible de l'étude

La cible de l'étude est le programme et l'unité d'analyse est district de santé représenté par le réseau des formations sanitaires publiques.

3- Echantillon

La mise en œuvre de la stratégie de prise en charge syndromique au plan national est à ses débuts. Aussi, le principe de base a été de choisir un district où la stratégie couvre l'ensemble des structures pour éviter le phénomène d' « expérience pilote ». Il était important aussi que ce district offre des similitudes avec la majorité des districts sanitaires du pays.

Pour toutes ces raisons, le district sanitaire, a été sélectionné de façon raisonnée. Les critères de sélection du district ont été les suivants :

* Existence d'une expérience de mise en œuvre de l'approche syndromique au niveau de ***l'ensemble*** des structures sanitaires depuis au moins 6 mois (agents formés, utilisation effective des algorithmes en vigueur, médicaments anti-MST disponibles, supervisions effectuées et notification systématique et régulière des cas de MST).

* Existence d'une équipe cadre de district fonctionnel (disposant d'au moins 04 membres y compris un « gestionnaire » et d'un plan d'action).

* Existence d'un réseau de formations sanitaires disposant de comité de gestion et dispensant les activités du paquet minimum d'activités y compris le traitement curatif des MST.

Les formations sanitaires publiques du district répondant aux critères suivants : -existence d'un comité de gestion fonctionnel -existence d'un dépôt de médicaments essentiels génériques -exécution du paquet minimum d'activités y compris le traitement curatif des MST, ont été incluses dans l'étude. Cependant le centre hospitalier régional(CHR) qui siège dans l'aire du district a été d'emblée exclus de l'échantillon. En effet, le CHR constitue prioritairement une structure de référence et non pas une formation sanitaire chargée d'offrir des prestations de soins de bases.

Ainsi, le district sanitaire de Banfora a été choisi. Le tableau n°1 présente l'échantillon des formations incluses dans l'étude.

Tableau n°1 : Répartition de l'échantillon des formations sanitaires selon le type et la localisation géographique.

Formations sanitaires Zone Géographique	Centre Médical (CM)	Centre de Santé et de Promotion Sociale (CSPS)	Total
Zone Urbaine	1	2	3
Zone Rurale	0	18	18
Total	1	20	21

4- Définitions opérationnelles des termes et concepts.

1- les ressources engagées (input) pour mettre en place la stratégie de prise en charge syndromique et produire une prestation curative de MST sont représentées par :

*les ressources humaines, qui renvoient à la valorisation de la part du temps de travail de tout personnel de santé impliqué dans les activités de mise en œuvre de la stratégie.

*les ressources matérielles et les équipements y compris les bâtiments, qui renvoient à la valorisation de leur utilisation au titre des activités liées à la prise en charge syndromique des MST.

*les médicaments utilisés par les malades MST, représentés par leur valeur.

*les ressources financières, qui représentent les dépenses monétaires effectuées lors de l'exécution des différentes activités de la stratégie. Ce sont des informations comptables.

2- la source de financement indique l'origine des fonds ayant permis l'acquisition de la ressource. Elle indique le pourvoyeur des fonds.

3- la combinaison des activités du programme se réfère aux principales composantes du programme telles que défini par les politiques sanitaires relatives à lutte contre les MST.

4- Coût total et coût unitaire : le premier désigne la valeur de toutes les ressources employées dans le processus de production d'un volume de soin curatif de MST. Le processus englobe toutes les phases d'applications de l'approche syndromique. Le second est égal au coût total divisé par le nombre d'unités produites(le nombre de MST traitées). Il désigne aussi le coût moyen. Dans la présente étude nous n'abordons pas la question du coût marginal.

5- les termes stratégie et programme sont employés de manière interchangeable dans cette étude, et renvoient tous à l'approche de prise en charge syndromique des MST.

6- les effets du programme désignent le volume des cas de MST traités et notifiés conformément aux recommandations du programme.

5- La Collecte des données.

5.1 Instruments de collecte de données.

Ils sont présentés en annexe et comprennent :

- *Une grille de collecte de données au niveau des formations sanitaires.
- *Une fiche de collecte des données de surveillance base des MST.

En plus des instruments standardisés, nous avons utilisé des guides ouverts, lors des entretiens avec les différents responsables.

5.2 Techniques de collecte de données.

La collecte des données a eu lieu au cours du mois d'octobre 1999.

Les informations relatives aux activités du programme et aux ressources utilisées pour sa mise en œuvre, ont été collectées selon la combinaison de deux méthodes :

*Du 11 au 29 octobre 1999 nous avons utilisé une première approche, dite intensive, qui a consisté en une étude approfondie faite d'entretiens et de revue documentaire par nous-même au niveau des services centraux chargés de la lutte contre les MST(SP/CNLS-MST), du partenaire du district appuyant cette stratégie, du bureau de district, de la direction régionale de la santé dont relève le district. Au cours de cette période nous avons procédé à une collecte de données à l'aide des grilles pré-élaborées au niveau de quatre des formations sanitaires retenues. Pendant cette phase, d'autres données disponibles ont été exploitées, en particulier, les états de dépenses, les registres de consultations, les rapports de notification des cas de MST et les différents plans d'action du district.

*La seconde approche, dite extensive, a consisté en une collecte de données à l'aide des grilles pré-élaborées et remplies par 06 enquêteurs préalablement formés. Cette phase s'est déroulée du 18 au 26 octobre et a concerné les 18 autres formations sanitaires de l'échantillon. Les enquêteurs étaient tous des agents en fonction au niveau du bureau de district.

5.3 Limites techniques et difficultés rencontrées.

* La principale difficulté que nous avons rencontrée était le manque ou l'insuffisance des informations de base. Par exemple, les données concernant les ressources matérielles, les équipements et les locaux étaient quasi inexistantes sur le terrain. L'âge de ces ressources et leurs sources de financement étaient souvent inconnus des responsables. Les documents d'inventaire, les bordereaux de livraison, et toute documentation relative à la gestion matérielle n'étaient pas souvent disponibles. Nous avons eu alors recours aux techniques d'estimation.

La valorisation des ressources pour lesquelles le coût réel n'était pas disponible, a été faite en attribuant une valeur du marché local. L'analyse étant faite dans une optique de pérennisation, la valeur des ressources a été celle pratiquée dans le contexte économique du Burkina Faso.

* La nouveauté du programme dans le district nous a contraint à utiliser une période de référence inférieure à une année.

5.4 Quelques considérations éthiques.

Il s'agissait d'avoir l'accord et les autorisations requises pour mener l'étude, au niveau des différentes autorités des structures impliquées et des partenaires associés. Les informations comptables ont été tenues confidentielles et n'ont eu pour seul objet que cette étude.

Chapitre II : MÉTHODES D'ESTIMATION DES COÛTS ET D'ANALYSE DES DONNÉES.

La saisie et l'analyse des données quantitatives ont été réalisées sur micro-ordinateur à l'aide des logiciels Microsoft Excel et SPSS.

1- composantes du programme et ressources consommées.

Les entretiens avec les différents responsables du programme de lutte contre les MST et la revue documentaire, nous ont permis de répertorier les composantes de la stratégie de l'approche syndromique et d'identifier les ressources clés utilisées pour sa mise en œuvre au niveau district.

Il est important de noter que, l'un des principes fondamentaux de la mise en œuvre de la stratégie est de l'intégrer dans le système de soins de santé existant déjà. Il est recommandé de rendre l'ensemble des mesures contre les MST aussi simples que possible afin que le « package » soit incorporé facilement dans les conditions de travail quotidien des services de santé.

1.1 Les composantes(activités) essentielles du programme sont :

- ◆ La formation initiale des prestataires de soins à l'utilisation des algorithmes retenus au niveau national(central).
- ◆ Les formations recyclages ; elles sont destinées à de nouveaux agents de santé non encore formés ou des agents chez qui, il a été décelé des besoins spécifiques de formation.
- ◆ Le diagnostic et le traitement des patients atteints de MST.
- ◆ La supervision et le suivi des activités du programme.

1.2 Les ressources principales comprennent :

- ◆ Le personnel de santé (rémunération au titre des activités de diagnostic et de traitement des malades)
- ◆ Les salles de consultations des formations sanitaires (au titre de l'utilisation pour le diagnostic et le traitement des patients).
- ◆ Les médicaments consommés par les patients.
- ◆ La formation initiale des prestataires de soins(y compris la fourniture des algorithmes)
- ◆ La supervision et le suivi des activités.

En ce qui concerne les deux dernières ressources, nous avons préféré une classification par fonction(activité) plutôt qu'une classification par catégorie de facteurs physiques. Ceci nous a paru plus pratique, du fait du caractère intégré de la stratégie. Par exemple, pour une supervision on a besoin de véhicule, de carburant... etc. Pour une formation on a besoin de salles de formation, de fournitures, de formateurs, de participants, de véhicules...etc. Dans la classification par fonction, toutes les ressources utilisées pour réaliser les formations sont classées sous la rubrique formation. Il en est de même pour les ressources consommées pour les supervisions.

1.3 Classification des charges selon les types et les catégories.

Parmi les charges d'investissement, nous avons retenu, les frais liés à l'utilisation des salles de consultations et les frais ayant trait à l'organisation de la formation initiale des prestataires de soins.

Les charges de fonctionnement sont composées des salaires du personnel, des frais d'organisation des supervisions et des formations de recyclage, et enfin des frais de médicaments utilisés par les malades.

1.4 Classifications des charges selon la source (origine) de financement.

Nous avons identifié au total quatre sources : l'Etat, le Projet SIDA2 du CCISD/ACDI, les Comités de gestion des formations sanitaires du district et les ménages(ou individus).

2- Méthodes d'estimation des coûts.

2.1 La période de référence de l'étude

Au moment de notre étude, le programme de lutte contre les MST, basé sur l'approche syndromique, venait nouvellement d'être lancé au niveau du district sanitaire. En effet, ce programme avait moins d'une année d'exécution. Nous avons donc été contraints de nous limiter à une période où les données de bases sur les coûts étaient disponibles. Cette période porte sur un semestre(6 mois).

Cependant le passage du semestre à l'année n'entraînent pas de distorsions significatives des résultats pour les raisons suivantes :

*les MST ne sont pas des affections saisonnières(leur incidence est théoriquement uniforme sur toutes les périodes de l'année).

*la fréquentation des services de santé pour le semestre étudiée reflète bien, selon les statistiques sanitaires celle d'une demi-année.

*la planification des activités du district est assez équilibrée de façon à ce que le semestre corresponde à la moitié d'une année.

2.2 La rémunération du personnel.

Nous avons pris en compte les agents de santé officiellement "habilités" à consulter les malades. Il s'agit des médecins, sages-femmes, infirmiers diplômés d'Etat et infirmiers brevetés.

Pour chacun d'entre eux nous avons calculé pour la période de l'étude (un semestre) la rémunération totale (salaires bruts¹⁵ plus primes diverses), le volume horaire total de travail sur la base de 40 heures de travail par semaine, de 24 (48/2) semaines par semestre (en tenant compte du congé administratif annuel de 4 semaines par agent, donc 2 semaines de congé pour le semestre). Puis, nous avons estimé, sur la base des programmes de travail et des rapports d'activités le volume (réel) horaire de travail consacré à l'ensemble des consultations curatives et celui consacré à la consultation des femmes malades en service de consultation prénatale et de planification familiale. L'hypothèse est que dans un même poste de travail les agents "habilités" participent tous et à la même hauteur aux prestations de soins curatifs.

En poste de consultations curatives externes, la part de salaire consacré au diagnostic et au traitement des MST pour la période étudiée est calculé selon le schéma suivant :

Volume horaire total de travail (semestre)	Volume horaire consacré aux consultations curatives (semestre)	Revenu total de l'agent (semestre)	Nombre de MST traités en consultations externes (semestre)	Nombre total de consultations externes (semestre)	PART DE SALAIRE
A	B	C	D	E	$(B/A * C) * (D/E)$

¹⁵ Le salaire Brut comprend le salaire net, les cotisations obligatoires, les impôts et les différentes indemnités.

Lorsque la formation sanitaire dispose d'un personnel « habilité » travaillant dans un poste identifié de consultation prénatale/ planification familiale(p.f), le principe d'estimation de la part du salaire de l'agent est le même. Nous avons considéré que toute MST chez une femme en grossesse est diagnostiquée et traitée dans ce poste de travail.

Cette situation concerne les formations sanitaires disposant de sages-femmes, maïeuticiens ou d'infirmiers(ères) faisant exclusivement fonction de sages-femmes.

Le schéma de calcul, dans ces cas est :

Volume horaire total de travail (semestre)	Volume horaire consacré aux consultations prénatales et de P.F (semestre)	Revenu total de l'agent (semestre)	Nombre de MST traités en consultations prénatales et de P.F (semestre)	Nombre total de consultations prénatales et de planification familiale (semestre)	PART DE SALAIRE
A	B	C	D	E	(B/A*C)*(D/E)

La part de salaire des prestataires de soins consacrée au diagnostic et au traitement des MST dans une formation sanitaire est obtenu par la sommation des parts des différents agents concernés. Au niveau district, cette part correspond à la sommation des parts des formations sanitaires.

2.3 Les coûts liés à l'utilisation des locaux (y compris l'ameublement)

Le diagnostic et le traitement des MST constituent des soins ambulatoires. Pour cela, nous avons pris le pourcentage(%) du poids des consultations comme base de répartition de l'utilisation des salles de consultations. Il faut préciser que, seules les soins ambulatoires sont délivrés dans ces salles. Après avoir mesuré la superficie de chaque salle, sa valeur actuelle a été déterminée en utilisant le prix du m² fourni par la direction générale des travaux publics. Ce prix varie suivant le type de matériaux utilisés et certaines caractéristiques, telles que l'existence d'électricité, d'un carrelage, d'une climatisation. La durée de vie du local a été déterminée grâce aux informations obtenues auprès de la direction générale de travaux publics et

sur la base des programmations de constructions des formations sanitaires du district. L'ameublement a été estimé à 10% de la valeur actuelle du local et additionnée à cette dernière. L'estimation annuelle puis semestrielle du coût du local a été faite par une méthode d'amortissement économique. Le taux d'intérêt retenu a été celui de 10%.

Dans la pratique nous avons utilisé la fonction financière « VPM » du logiciel Microsoft Excel (version française).

Ce qui donne des résultats identiques à ceux qu'aurait donné l'utilisation de la formule d'amortissement retenu dans le modèle théorique :

$$a(r, n) = \frac{r(1+r)^n * CV}{[(1+r)^n - 1]}$$

La part du coût d'utilisation des locaux par les patients MST a été obtenue en utilisant comme clé de répartition la proportion des MST parmi l'ensemble des consultations faites dans cette salle au cours de la période retenue. Les coûts liés à l'utilisation des locaux au niveau d'une formation sanitaire, regroupent les charges des différentes salles de consultations. Dans la pratique il s'est agi d'une seule salle ou de deux salles dans les centres disposant d'un service de consultation prénatale et de planification familiale où exerce un personnel habilité à offrir des soins curatifs. Les charges liées à l'utilisation des locaux au niveau district est la sommation des charges des différentes formations sanitaires du district.

2.4 Les charges liées à l'organisation de la formation initiale des prestataires de soins.

Le montant total des coûts liés à la formation initiale regroupe plusieurs éléments. Nous avons tenu compte des sommes effectivement dépensées pour l'organisation de cette formation : "perdiems", location de salles, fournitures diverses et algorithmes. Nous avons estimé les salaires des différents acteurs (formateurs, participants, chauffeurs) pour la durée de la formation. En effet pendant cette période les agents continuent de percevoir leur salaire. Nous avons aussi estimé le montant du carburant, des amortissements et de l'entretien des véhicules déplacés depuis le niveau

central pour cette activité. L'estimation annuelle puis semestrielle du coût de la formation initiale a été faite par la méthode d'amortissement économique. La durée de vie de la formation initiale a été estimée à 3 ans (selon les informations obtenues auprès des responsables du programme) et le taux d'intérêt retenu est de 10%.

2.5 Les coûts liés à l'organisation des supervisons et des formations de recyclage

Pour la période considérée, ces charges regroupent pour chacune des activités(formation recyclage et supervision) les sommes effectivement dépensées et l'estimation de la part des salaires des acteurs impliqués pour la durée de l'activité, ainsi que l'estimation du montant des amortissements, de l'entretien et du carburant des véhicules utilisés.

2.6 Les charges liées aux frais de médicaments

Les coûts ici ont été obtenus en relevant sur les registres les médicaments prescrits et achetés par les malades. Le prix du médicament à été obtenu au niveau du dépôt de vente des médicaments de la formation sanitaire. Nous avons intégré le coût du matériel d'injection lorsque la présentation du médicament prescrit l'exigeait. Nous avons pour des raisons pratiques inclus dans les charges des malades les tarifs payés pour l'acte de consultation. Ces tarifs sont en général assez négligeables ; de 100 à 200 Fcfa selon les formations sanitaires.

Chapitre III : RESULTATS DES ANALYSES.

Tous les calculs ont été faits sur la base des données recueillies sur un semestre. Cependant, en vue de faciliter la compréhension et l'exploitation des résultats nous avons choisi de présenter les coûts globaux(ou agrégés) rapportés sur une année. L'étude étant réalisée dans une perspective de pérennisation de la stratégie, les coûts annuels reflètent mieux les besoins de planification et les pratiques budgétaires de la plupart des intervenants.

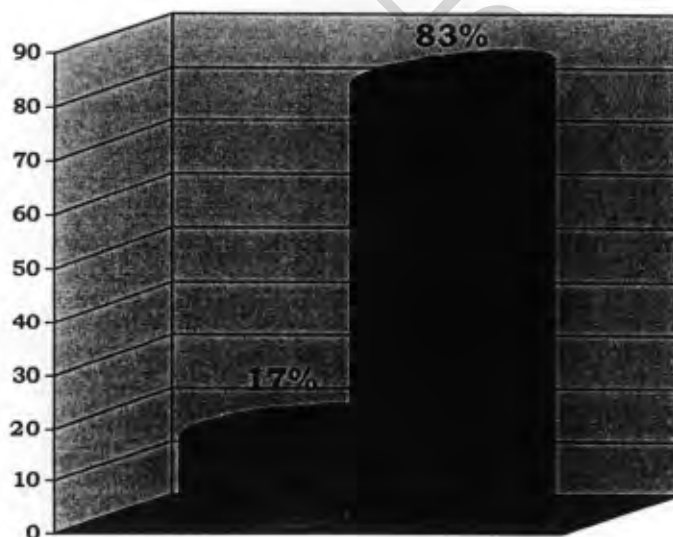
1- Les coûts totaux.

1-1 Les coûts annuels liés à l'application de la stratégie.

Le Coût total annuel(supporté par la collectivité entière) de la mise en œuvre de la stratégie au niveau district est d'environ **12 183 850 Fcfa** dont **2 086 350 Fcfa** de coûts en capital (investissement) et **10 097 500 Fcfa** de coûts renouvelables.

L'essentiel des coûts engagés concerne les coûts renouvelables, la figure N°1 l'illustre bien.

Figure N°1 : Répartition des catégories du coût total annuel du programme selon leur proportion.



■ Coûts en capital ■ Coûts renouvelables

Le tableau N°2 présente les ressources monétaires engagées pour mettre en œuvre la stratégie.

Tableau N°2 : Répartition des ressources engagées par an pour l'application de la stratégie au niveau du district, selon la nature.

Nature des ressources engagées	Montant des ressources engagées en Fcfa	Profil de coûts (Dépenses en % du total)
<i>COÛTS EN CAPITAL(INVESTISSEMENT)</i>		
Bâtiments -Locaux	116 877	1%
Formation Initiale(y compris Algorithmes)	1 969 468	16%
Sous-total en Capital	2 086 345	17%
<i>COÛTS RENOUVELABLES(FONCTIONNEMENT)</i>		
Personnel(salaires)	339 156	3%
Recyclage	2 859 744	23%
Supervision	4 268 487	35%
Médicaments	2 630 115	22%
Sous-total Coûts renouvelables	10 097 502	83%
TOTAL GENERAL	12 183 847	100%

Les ressources qui font l'objet des coûts les plus élevés sont par ordre d'importance, la supervision, le recyclage et les médicaments. Ces trois, représentent à elles seules 80% du coût annuel total.

Contrairement à ce qui est habituellement observé dans plusieurs études de coûts dans les programmes de santé, le poste du personnel n'entraîne pas ici de coûts importants.

La répartition des ressources constituant les coûts en capital et les coûts renouvelables se présente comme indiqué dans les figures N°2 et N°3.

Figure N°2 : Répartition des coûts annuels en capital du programme selon les types de ressources engagées.

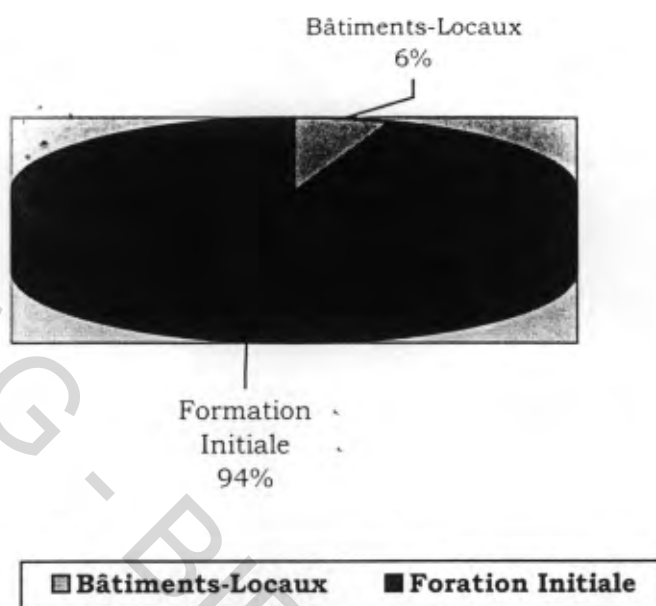
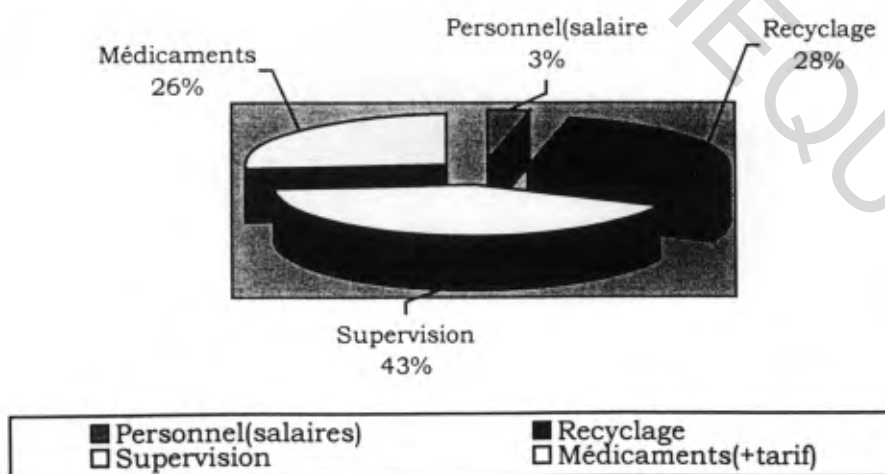


Figure N°3 : Répartition des coûts annuels renouvelables du programme selon les types de ressources engagées.



1-2 Les coûts additionnels annuels nécessaires à la mise en œuvre de la stratégie

Il s'agit d'une évaluation qui n'inclut pas les ressources préalablement existantes au niveau du district. Ce sont des coûts qui se rapportent aux ressources qu'il a fallu apporter en supplément pour la mise en œuvre du programme. Il est principalement question des coûts financiers induits par le nouveau programme qui venu se greffer au système de soins existant du district, par opposition aux coûts d'opportunité.

Les coûts additionnels annuels ont été évalués du point de vue uniquement du district en tant qu'institution d'offre chargée d'organiser les soins. Les coûts supportés par les ménages ont été exclus. Le tableau N°3 résume les coûts additionnels ainsi que leurs profils.

Tableau N°3 : Répartition des coûts annuels additionnels selon la nature des ressources engagées.

Nature des ressources engagées	Montant des ressources engagées en Fcfa	Profil de coûts (Dépenses en % du total)
<i>COUTS EN CAPITAL(INVESTISSEMENTS)</i>		
Formation Initiale(y compris Algorithmes)	1 351 270	23%
Sous-total en Capital	1 351 270	23%
<i>COUTS RENOUVELABLES(FONCTIONNEMENT)</i>		
Recyclage	1 324 400	23%
Supervision	3 114 800	54%
Sous-total Coûts renouvelables	4 439 200	77%
TOTAL GENERAL	5 790 470	100%

Si l'on fait abstraction du coût des médicaments dans le calcul du coût total annuel, ce dernier revient à environ 9 553 732 (=12 183 847 – 2 630 115).

Les coûts additionnels représentent, alors 61% du coût annuel total de mise en œuvre de la stratégie (=5790470/9553732).

Ce qui indique l'importance des ressources additionnelles nécessaires à l'initiation d'un tel programme.

1-3 Les coûts annuels selon les sources de financement des ressources.

Les intervenants dans le financement sont au nombre de quatre :

- L'Etat
- le Projet SIDA2 du CCISD/ACDI qui est le « bailleur extérieur »
- les Comités de gestion des formations sanitaires du district et
- les ménages(ou individus).

Le tableau N°4 présente les coûts annuels des ressources selon leurs sources de financement et les différentes proportions.

59% du coût total annuel sont supportés par le bailleur de fonds extérieur.

La stratégie est particulière dépendante du bailleur pour les ressources suivantes : - la supervision -la formation initiale -le recyclage. Le bailleur supporte respectivement, 91%, 82% et 61% des coûts de ces ressources.

Les ménages constituent le deuxième pourvoyeur de ressources. Ils supportent 22% du coût total annuel du programme alors que l'Etat en supporte 19% et les COGES du district couvrent à peine 0,2%.

La contribution totale de chaque source de financement se répartit entre les charges du programme de la manière suivante :

- La contribution totale du projet Sida2 : 78% de celle-ci supporte des coûts renouvelables(54% pour la supervision et 24% pour le recyclage). L'autre partie (22%), supporte des coûts en capital constitués uniquement par la formation initiale.
- La contribution totale de l'Etat : 79% de celle-ci supporte des coûts renouvelables(48% pour le recyclage, 17% pour la supervision et 14% pour le personnel). L'autre partie (21%), supporte des coûts en capital constitués par 16% pour la formation initiale et 5% pour les bâtiments.
- La contribution totale des COGES du district : 100% de celle-ci sert à supporter des coûts renouvelables uniquement représentés par le personnel.
- La contribution totale des ménages : 100% de celle-ci sert à supporter des coûts renouvelables uniquement représentés par les médicaments.

Tableau N°4 : Répartition des coûts annuels du programme selon les sources de financement.

Sources de financement → Nature des ressources ↓	Bailleur extérieur (projet Sida 2)		État		COGES du District		Ménages		Total	
	Coût en Fcfa	% ligne	Coût en Fcfa	% ligne	Coût en Fcfa	% ligne	Coût en Fcfa	% ligne	Coût en Fcfa	% ligne
COUTS EN CAPITAL										
Bâtiments -Locaux	0	0%	116 877	100%	0	0%	0	0%	116 877	100%
Formation Initiale(y compris Algorithmes)	1 613 195	82%	356 274	18%	0	0%	0	0%	1 969 468	100%
SOUS-TOTAL COUT EN CAPITAL	1 613 195	77%	473 151	23%	0	0%	0	0%	2 086 345	100%
COUTS RENEUVELABLES										
Personnel(salaires)	0	0%	318 806	94%	20 349	6%	0	0%	339 156	100%
Recyclage	1 753 744	61%	1 106 000	39%	0	0%	0	0%	2 859 744	100%
Supervision	3 878 487	91%	390 000	9%	0	0%	0	0%	4 268 487	100%
Médicaments	0	0%	0	0%	0	0%	2 630 115	100%	2 630 115	100%
SOUS TOTAL COUTS RENEUVELABLES	5 632 231	56%	1 814 806	18%	20 349	0%	2 630 115	26%	10 097 502	100%
TOTAL GENERAL	7 245 426	59%	2 287 957	18,8%	20 349	0,2%	2 630 115	22%	12 183 847	100%

1-4 Les coûts annuels selon les activités(composantes) du programme.

Le programme comporte essentiellement quatre composantes :

- ♦ La formation initiale des prestataires de soins.
- ♦ Les formations recyclages.
- ♦ Le diagnostic et le traitement des patients atteints de MST.
- ♦ La supervision et le suivi des activités du programme.

Le tableau N°5 de la page suivante présente les coûts annuels des ressources selon les activités auxquelles elles ont été consacrées, de même que les différentes proportions observées.

Les activités qui entraînent les coûts les plus élevés sont par ordre d'importance la supervision et le diagnostic /traitement.. Ces deux activités entraînent plus de 50% des coûts annuels du programme, viennent ensuite le recyclage et la formation initiale. L'activité qui requiert le plus de dépenses d'investissement est la formation initiale. Celle qui nécessite le plus de charges renouvelables est la supervision.

La figure N°4 montre la part de chaque composante du programme dans la formation du coût annuel total.

Figure N°4 : Part de chaque Composante du Programme dans le coût annuel total.

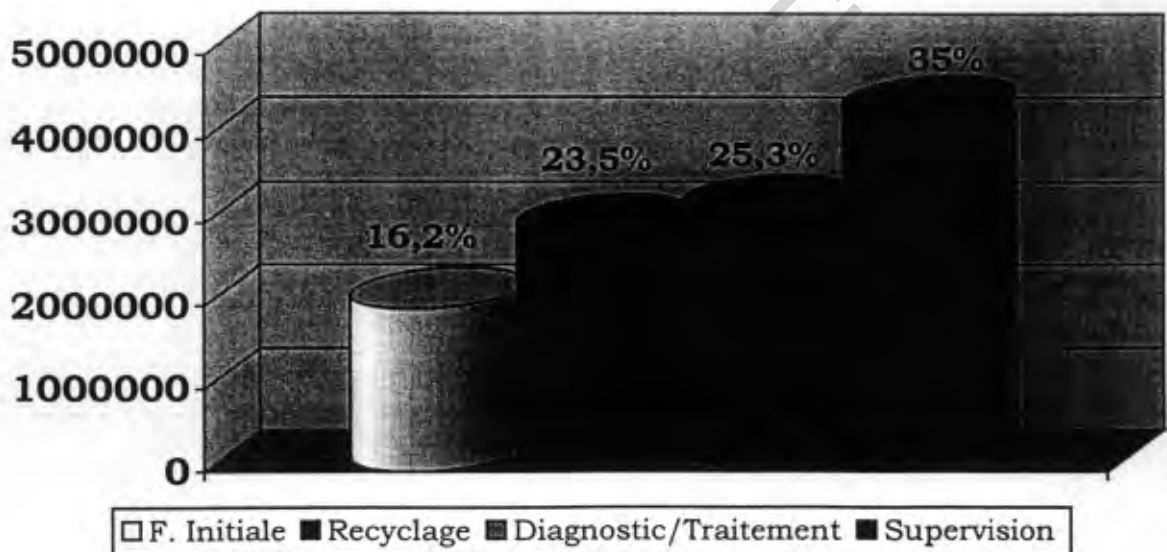


Tableau N°5 : Coûts par composante de la stratégie au niveau du district(en Fcfa et en pourcentage du total) au cours d'une année.

Composantes Ressources engagées	Formation Initiale		Supervision		Recyclage		Diagnostic et Traitement		Total	
	montant (Fcfa)	% ligne	montant (Fcfa)	% ligne	montant (Fcfa)	% ligne	montant (Fcfa)	% ligne	montant (Fcfa)	% ligne
COUT EN CAPITAL(investissements)										
Bâtiments -Locaux	0	0%	0	0%	0	0%	116 877	100%	116 877	100%
Formation Initiale(y compris Algorithmes)	1 969 468	100%	0	0%	0	0%	0	0%	1 969 468	100%
SOUS-TOTAL COUT EN CAPITAL	1 969 468	94%	0	0%	0	0%	116 877	6%	2 086 345	100%
COUTS RENOUEVABLES										
Personnel(salaires)	0	0%	0	0%	0	0%	339 157	100%	339 156	100%
Recyclage	0	0%	0	0%	2 859 744	100%	0	0%	2 859 744	100%
Supervision	0	0%	4 268 487	100%	0	0%	0	0%	4 268 487	100%
Médicaments	0	0%	0	0%	0	0%	2 630 115	100%	2 630 115	100%
SOUS TOTAL COUTS RENOUEVABLES	0	0%	4 268 487	42%	2 859 744	28%	2 969 271	29%	10 097 502	100%
TOTAL GENERAL	1 969 468	16,2%	4 268 487	35%	2 859 744	23,5%	3 086 148	25,3%	12 183 847	100%

2- Les coûts moyens (ou unitaires).

Ils ont été obtenus à partir des coûts et des effets produits par le programme durant la période de référence de l'étude, un semestre.

2-1 Les effets (« output ») du programme sur la période étudiée.

Nous avons identifié au total **400** cas de MST « classiques » traitées conformément aux recommandations des algorithmes en vigueur. Ces cas représentent 48% des cas de MST vus dans les formations sanitaires.

- Selon le sexe des sujets, 317 malades traités, soit 82% des cas, étaient des femmes et 73 malades traités (18%) étaient des hommes. 40% des femmes (132 femmes) étaient enceintes et 195 femmes ne l'étaient pas.
- L'âge moyen était de 26 ans et les malades traités se regroupent ainsi :

Tableau N°6: Répartition des patients de « MST traité » selon le groupe d'âge.

Groupe d'âge	Nombre de cas	%
Nourrisson	3	1%
15-19ans	71	18%
20-24ans	121	30%
25-29ans	86	22%
30-34ans	54	14%
35-39ans	38	10%
40-44ans	16	4%
45-49ans	4	1%
50-54ans	1	0%
55-59ans	4	1%
>60ans	2	1%
Total	400	100%

- Selon le syndrome traité les malades traités se regroupent ainsi :

Tableau N°7: Répartition des patients de « MST traité » selon le syndrome.

Syndrome traité	Nombre de cas	%
Bubon Inguinal(BI)	4	1%
Conjonctive Purulente du nourrisson(CP)	3	1%
Douleurs Pelviennes(DP)	77	19%
Douleurs Pelviennes + Pertes Vaginales(DP+PV)	9	2,2%
Douleurs Pelviennes +Ulcération Génitale(DP+UG)	1	0,3%
Ecoulement Urétral(EU)	44	11%
Gonflement du Scrotum(GS)	16	4%
Pertes Vaginales(PV)	225	56,2%
Ulcération Génitale(UG)	16	4%
Ulcération Génitale+ Pertes Vaginales(UG+PV)	4	1%
Végétations Génitales(VG)	1	0,3%
Total	400	100%

- Selon la résidence géographique, les malades traités se répartissent de la sorte :

Tableau N°8: Répartition des patients de « MST traité »

Par zone de résidence et par sexe.

Zone géographique	Femmes		Hommes		Total	
	Nombre	%ligne	Nombre	%ligne	Nombre	%ligne
Zone Urbaine	62	75%	21	25%	83	21%
Zone Rurale	265	84%	52	16%	317	79%
Total district	327	82%	73	18%	400	100%

2-2 Le Coût Total Moyen ou Coût Unitaire d'une MST traitée.

Il représente le Coût Moyen d'une MST traitée du point de vue de l'ensemble de la collectivité, c'est à dire de tous les intervenants.

Il est égal au coût total des ressources engagées au cours du semestre divisé par les effets obtenus dans la même période.

Ce coût est égal à **15 230 Fcfa.**

Ce coût est supporté à 59% par le Projet Sida2, à 22 % par les ménages, à 18,8% par l'Etat et 0,2% par les Comités de gestion du district.

2-3 Le Coût Total Moyen ou Coût Unitaire d'une MST traitée selon le syndrome se présente comme indiqué dans le tableau N°9.

Tableau N°9 : Coût unitaire d'une MST selon le syndrome en cause.

Syndrome traité	Coût total Moyen
Bubon Inguinal(BI)	12 900
Conjonctive Purulente du nourrisson(CP)	16 180
Douleurs Pelviennes(DP)	16 390
Douleurs Pelviennes +Pertes Vaginales(DP+PV)	17 580
Douleurs Pelviennes +Ulcération Génitale(DP+UG)	18 510
Ecoulement Urétral(EU)	14 480
Gonflement du Scrotum(GS)	12 930
Pertes Vaginales(PV)	15 065
Ulcération Génitale(UG)	14 790
Ulcération Génitale +Pertes Vaginales(UG+PV)	17 280
Végétations Génitales(VG)	13 380

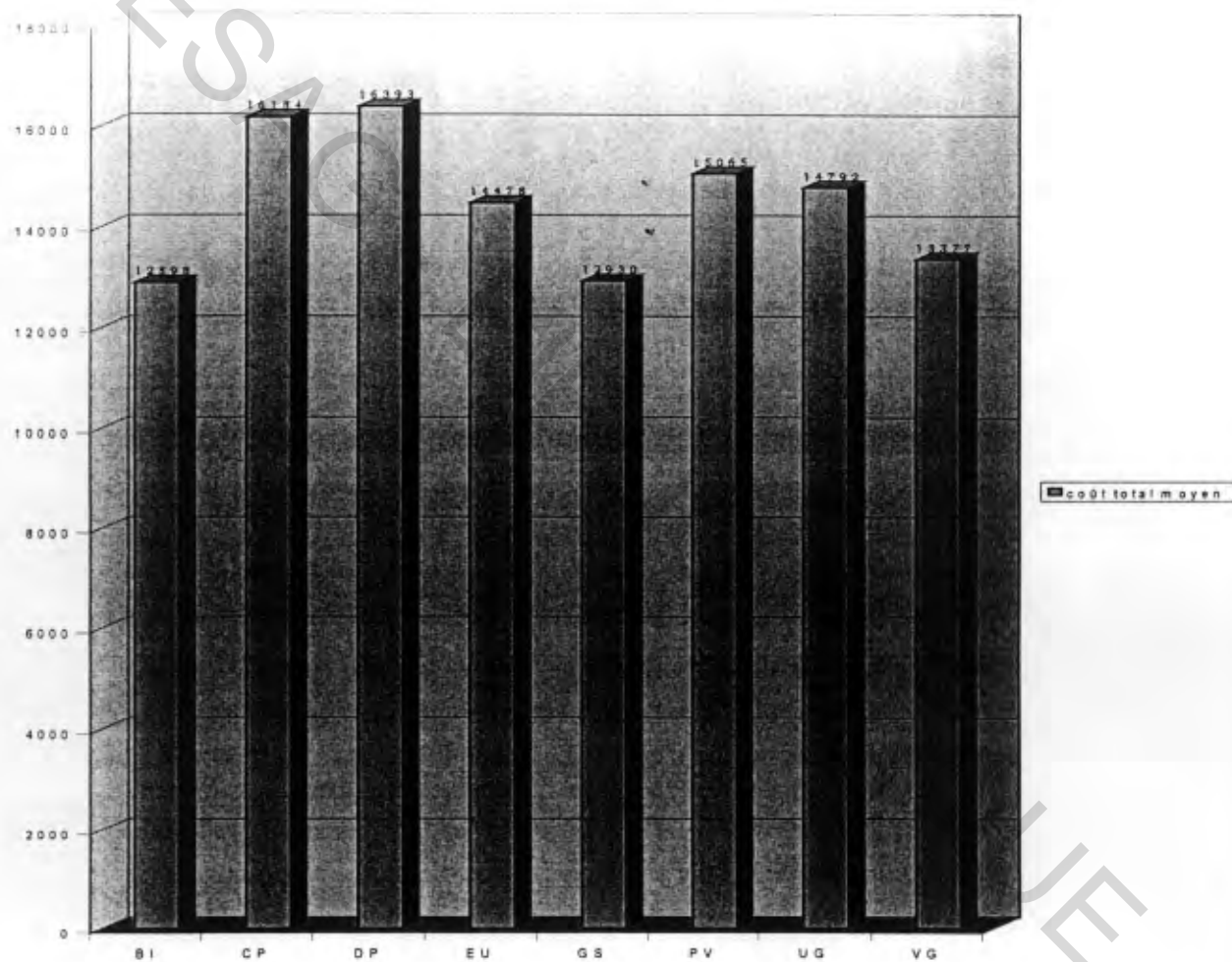
Nous avons pris comme hypothèse de calcul, que toutes les charges se répartissent uniformément entre les différents syndromes, sauf celles liées aux médicaments.

Les associations de syndromes présentent les coûts les plus élevés. Par ordre d'importance on a :

- les Douleurs Pelviennes associées à une Ulcération Génitale(18 510Fcfa)
- les Douleurs Pelviennes associées aux Pertes Vaginales(17 580 Fcfa)
- une Ulcération Génitale associée aux Pertes Vaginales(17 280 Fcfa)

Les coûts des syndromes pris isolément se présentent comme indiqué sur la figure suivante.

Figure N°5 : Coût total moyen des syndromes MST pris isolément.



2-4 Le Coût Moyen des soins d'une MST du point de vue de l'offre

Il s'agit du coût unitaire calculé du point de vue de l'offre des soins. C'est à dire sans la participation des consommateurs dans les charges. Il est égal au coût total des ressources engagées au cours du semestre moins les charges supportées par les ménages, puis divisé par les effets obtenus dans la même période, soit 400 patients traités. Ce coût est de **11 940 Fcfa**

2-5 Le Coût Moyen ou Coût Unitaire d'une MST traitée, supporté par le consommateur (ou bénéficiaire de soins).

Il s'agit du coût unitaire calculé du point de vue de la consommation des soins. Son calcul tient uniquement compte des charges supportées par les ménages. Il est égal au coût total des ressources supportées par les ménages au cours du semestre, divisé par les effets obtenus dans la même période. Il est de **3 290 Fcfa**. Il est composé des frais de médicaments à 96% et des frais de consultation à 4%.

Le coût moyen payé par le consommateur varie suivant sa zone géographique d'origine, son sexe, son âge et le syndrome qu'il présente. Les tableaux N° 10, 11 et 12 récapitulent ces variations.

Tableau N°10 : Coût Moyen en Fcfa d'une MST Supporté par le consommateur selon la résidence et le sexe.

	Echantillon Totale		Ensemble Sexe Féminin		Femmes enceintes		Femmes non enceintes		Ensemble Sexe Masculin	
	CM	EcTy	CM	EcTy	CM	EcTy	CM	EcTy	CM	EcTy
Ensemble District	3 290	2 415	3 520	2 390	3 710	2 500	3 390	2 300	2 250	2 280
Zone Urbaine	4 420	2 750	4 545	2 775	5 140	2 840	4 145	2 700	4 060	2 700
Zone Rurale	2 990	2 230	3 280	2 225	3 375	2 300	3 215	2 175	1 525	1 615

Note: CM= Coût Moyen EcTy = Ecart Type

Les coûts unitaires connaissent une grande dispersion au sein des zones géographique, de même qu'au sein des groupes de genre. En effet les écarts-types le laissent entrevoir. Tous les coefficients de variations calculés à partir de chaque coût moyen et son écart type, sont supérieurs à 60%.

Les coûts unitaires supportés par les ménages, sont plus élevés en zone urbaine qu'en zone rurale. Les femmes payent plus que les hommes. Parmi les femmes, celles qui sont enceintes payent plus que les autres. La figure N°7 illustre ces variations.

Figure N°6 : Coût Moyen supporté par les ménages selon la résidence et le sexe des patients.

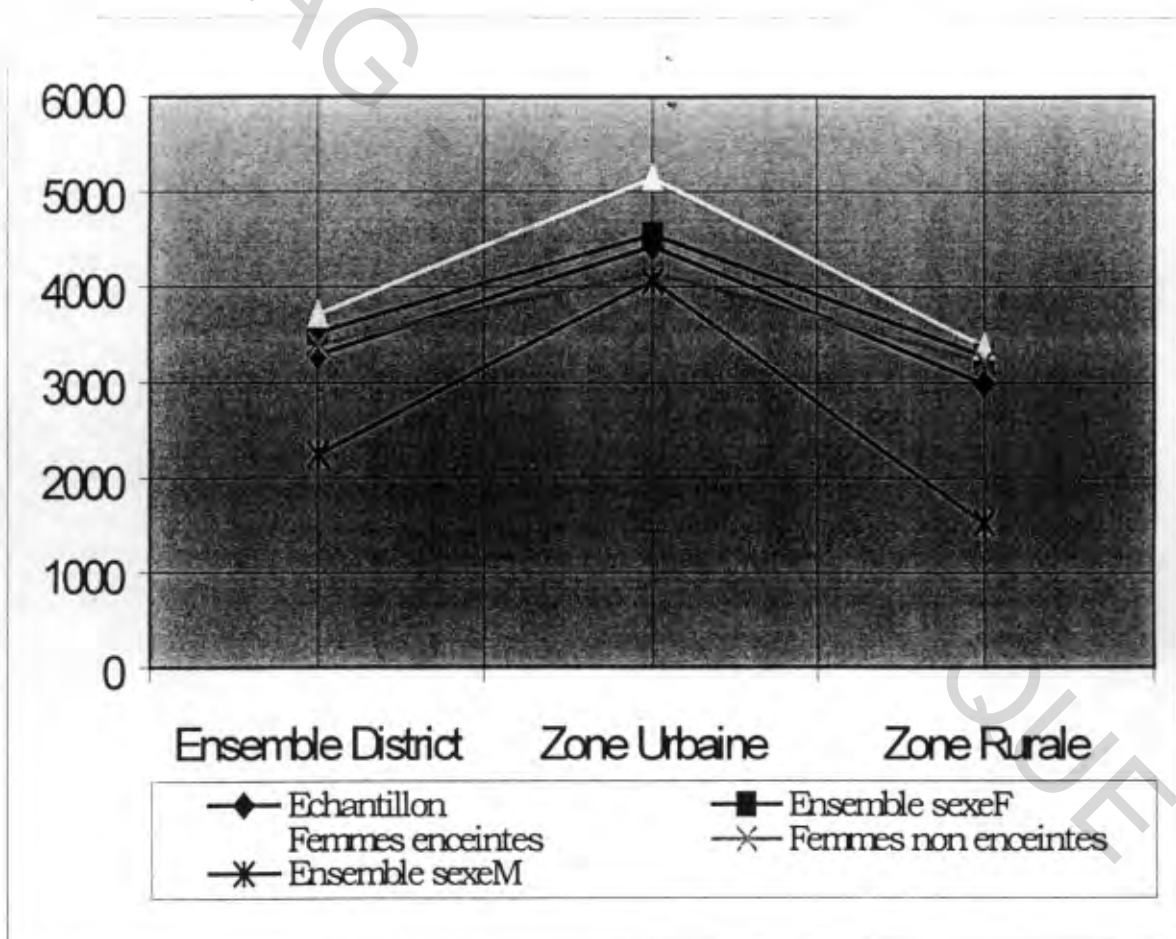


Tableau N°11 : Coût Moyen d'une MST Supporté par le consommateur selon son groupe d'âge.

Groupe d'âge	Effectifs	Coût Moyen	Ecart Type
Nourrisson	3	4 250	880
15-19ans	71	3 700	2 550
20-24ans	121	3 200	2 300
25-29ans	86	3 100	2 450
30-34ans	54	3 200	2 300
35-39ans	38	3 750	2 350
40-44ans	16	3 100	2 700
45-49ans	4	2 100	2 950
50-54ans	1	1 100	#
55-59ans	4	1 950	2 850
>60ans	2	550	0

Tableau N°12 : Coût Moyen d'une MST Supporté par le consommateur selon le syndrome MST présenté.

Syndrome traité	Effectifs	Coût Moyen	Ecart Type
Bubon Inguinal(BI)	4	950	315
Conjonctive Purulente du nourrisson(CP)	3	4 245	880
Douleurs Pelviennes(DP)	77	4 450	2 600
Douleurs Pelviennes + Pertes Vaginales(DP+PV)	9	5 600	1 925
Douleurs Pelviennes +Ulcération Génitale(DP+UG)	1	6 570	#
Ecoulement Urétral(EU)	44	2 550	2 475
Gonflement du Scrotum(GS)	16	990	900
Pertes Vaginales(PV)	225	3 100	2 150
Ulcération Génitale(UG)	16	2 850	2 400
Ulcération Génitale+ Pertes Vaginales(UG+PV)	4	5 350	3 750
Végétations Génitales(VG)	1	1 435	#

Tableau N°11 : Coût Moyen d'une MST Supporté par le consommateur selon son groupe d'âge.

Groupe d'âge	Effectifs	Coût Moyen	Ecart Type
Nourrisson	3	4 250	880
15-19ans	71	3 700	2 550
20-24ans	121	3 200	2 300
25-29ans	86	3 100	2 450
30-34ans	54	3 200	2 300
35-39ans	38	3 750	2 350
40-44ans	16	3 100	2 700
45-49ans	4	2 100	2 950
50-54ans	1	1 100	#
55-59ans	4	1 950	2 850
>60ans	2	550	0

Tableau N°12 : Coût Moyen d'une MST Supporté par le consommateur selon le syndrome MST présenté.

Syndrome traité	Effectifs	Coût Moyen	Ecart Type
Bubon Inguinal(BI)	4	950	315
Conjonctive Purulente du nourrisson(CP)	3	4 245	880
Douleurs Pelviennes(DP)	77	4 450	2 600
Douleurs Pelviennes + Pertes Vaginales(DP+PV)	9	5 600	1 925
Douleurs Pelviennes +Ulcération Génitale(DP+UG)	1	6 570	#
Ecoulement Urétral(EU)	44	2 550	2 475
Gonflement du Scrotum(GS)	16	990	900
Pertes Vaginales(PV)	225	3 100	2 150
Ulcération Génitale(UG)	16	2 850	2 400
Ulcération Génitale+ Pertes Vaginales(UG+PV)	4	5 350	3 750
Végétations Génitales(VG)	1	1 435	#

Chapitre IV : DISCUSSIONS ET RECOMMANDATIONS

Il ne nous apparaît pas opportun de vouloir comparer le montant des différents coûts que nous avons calculés avec ceux obtenus par d'autres études. En effet, nous avons procédé à une étude de cas ; or les coûts sont largement fonctions des paramètres comme le niveau des salaires, les prix des médicaments, le niveau du plateau technique des services de soins... etc. Ils sont aussi fonction du contenu que leur a conféré la méthodologie d'estimation utilisée. Il reste entendu que nous avons, autant que faire ce peut, veillé à la cohérence méthodologique. Aussi, les coûts estimés ici reflètent ceux engendrés par le programme. Nous pensons qu'ils sont par conséquent à même d'éclairer des questions de management et de gestion interne du programme et ceux liés à la planification des ressources futures. Cela dit, quelques uns de nos résultats méritent des explications. En outre, une lecture des résultats obtenus par l'étude, dans le propre contexte du district de Banfora et celui du Burkina Faso en général, nous inspire quelques interrogations et réflexions principalement axées sur la pérennisation du programme étudié.

1-Synthèse des réponses aux questions de recherche posées.

Les résultats des analyses nous permettent de répondre aux questions de recherche posées au début de l'étude.

- ✓ Le coût annuel total de la mise en œuvre de l'approche syndromique au niveau du district de Banfora du point de vue de la collectivité entière est estimé à 12 183 850 Fcfa, dont 17% de coûts d'investissement et 83% de coûts renouvelables.
- ✓ Les intervenants au financement du programme sont au nombre de quatre : l'Etat burkinabé, le district sanitaire de Banfora à travers les COGES, le projet Sida2 du CCISD/ACDI et les ménages.
- ✓ Les charges du programme se répartissent ainsi entre les différents intervenants : 59% pour le projet Sida2, 22% pour les ménages, 18,8% pour l'Etat et 0,2% pour le District.

- ✓ Les coûts se répartissent de la manière suivante entre les principales activités du programme : 35% pour la supervision, 25,3% pour les soins c'est à dire diagnostic et traitement, 23,5% pour le recyclage et 16,2% pour la formation initiale.
- ✓ Les coûts additionnels annuels, nécessaires à la mise en œuvre de la stratégie ont été estimés à 5 790 470 Fcfa, soit 61% du coût annuel total.
- ✓ Le coût total moyen d'un cas de MST "correctement" traité du point de vue de la collectivité, c'est à dire à la charge de la collectivité entière, est estimé à 15 230 Fcfa ; le coût moyen d'une MST "correctement" traité du point de vue de l'offre est de 11 940 Fcfa ; du point de vue du consommateur il est de 3 290 Fcfa.

Ces résultats et certaines informations existantes, nous permettront par la suite de discuter les différentes hypothèses émises au début de l'étude.

2-Explications raisonnées de certains résultats particuliers.

- ✓ Nos résultats indiquent que les coûts du personnel, contrairement aux résultats de plusieurs études de coûts, ne sont pas importants, environ 3% du coût total. Ceci pourrait s'expliquer par les facteurs suivants :
 - ☞ Dans notre étude, l'estimation du temps de travail consacré à la prise en charge des MST, a considéré le temps réel de travail et non le temps passé sur les lieux de travail. Nous n'avons donc pas intégré le temps éventuellement « non occupé » mais rémunéré du fait du statut de fonctionnaire. Par exemple, pour des raisons de sous utilisation des services, un agent peut n'avoir consulté que deux patients au cours d'une journée de travail. Dans la pratique cet agent est payé pour une journée entière de travail. Dans notre estimation nous n'aurions considéré que son temps de travail réel passé avec les deux patients.
 - ☞ Dans notre étude, nous avons seulement pris en compte certains profils de personnel, les agents officiellement habilités à délivrer des prestations de soins curatifs. Ce qui exclut les charges liées aux autres profils de personnel.
- ✓ La faible charge liée à l'utilisation des bâtiments, tient aux mêmes types d'explications. Il faut néanmoins remarquer que la prise en charge des

MST sont des soins curatifs ambulatoires ; l'utilisation des locaux est de ce fait très réduite par rapport par exemple aux soins curatifs en situation d'hospitalisation.

Ces deux résultats pourraient poser une interrogation liée à l'utilisation de la méthode de calcul des coûts spécifiques(ou direct costing évolué) dans le cadre des programmes de santé. Cette méthode a l'avantage d'indiquer des coûts propres, mais n'intègre pas les charges communes indirectes qui en dernier ressort doivent être supportées par « quelqu'un ».

✓ Le coût de la supervision est le plus important. Certaines hypothèses pourraient l'expliquer.

☞ Le programme étant en phase de lancement, beaucoup d'efforts sont consentis pour l'implanter solidement, d'où son suivi intense.

☞ Le programme bénéficie de l'appui financier d'un « bailleur de fond » extérieur. Il n'est pas impossible que certains coûts observés, relèvent de ce qu'on appelle « les effets pervers de la logique programme ».

En phase de routine, on pourrait alors s'attendre, pour des « output » similaires à des coûts de supervision moindres.

3-Les perspectives de pérennisation du programme.

3-1 Pérennité du programme au niveau du district de Banfora.

Pour en discuter, il faudrait répondre à un certain nombre de questions à la lumière des résultats et des données et informations existantes sur le contexte sanitaire et économique du district.

3-1.1 Le district sanitaire de Banfora est-il capable d'assurer, sur fonds propres, le coût des charges récurrentes induites par la mise en place du programme ?

Le coût des charges renouvelables a été estimé à 10 097 500 Fcfa par an et les fonds « propres » du district n'en supportent que 0,2%.

Sur la base de ce que nous connaissons de la capacité d'autonomie financière des districts au Burkina, nous émettons des réserves. A court terme, ceci ne semble pas possible. L'examen de certaines informations autorisent cette position.

Le plan d'action 1999¹⁶ du district de Banfora a été évalué à 185 696 740 Fcfa. La contribution des fonds propres du district dans ce budget est de 4 340 000 Fcfa soit 2%. Cette contribution a été fixée en tenant compte du niveau des recettes des années antérieures et des dépenses incompressibles comme le réapprovisionnement en médicaments. On perçoit ainsi la faiblesse des ressources propres du district. Ces ressources sont constituées à 91% par la vente des médicaments et à 9% par les recettes de la tarification des actes médicales.

Des modèles de simulations¹⁷ au niveau de quelques districts, du reste très avancés, indiquent que leurs recettes propres ne parviendront pas à couvrir les coûts de fonctionnement courant avant 5 ans dans le meilleur des cas. Autrement dit, pour maintenir le programme, le district de Banfora devrait nécessairement recourir encore à d'autres sources pour le financement de son fonctionnement.

3-1.2 Peut-on alors envisager une réduction des coûts renouvelables et existe-t-il des possibilités de procéder à de meilleures allocations au niveau des charges du programme ?

Pour ce qui est des possibilités de réduction de dépenses sans altérer la qualité du programme, nous n'avons pas d'informations nécessaires pour en discuter, la question reste ouverte. Par contre nous pensons être à même de suggérer quelques pistes de réflexions qui pourraient améliorer l'efficacité allocative des ressources :

- Une intégration des activités de supervision du programme à d'autres activités de supervision du district, constitue une opportunité de partager son coût qui constitue le poste le plus important, avec d'autres d'activités.
- Les formation recyclages coûtent annuellement plus chers que la formation initiale. Une réflexion sur les formation recyclages devrait permettre d'opter entre plusieurs types de formules : recyclages sur le tas, recyclage sous forme de supervision formative...etc.

¹⁶ Plan d'action 1999 du District de Banfora.

¹⁷GIS ECO « Etude des coûts et de la viabilité économique du district sanitaire de Tougan » 1997

- Une meilleure application des algorithmes de prise en charge permettrait d'accroître le volume des MST traités correctement. Ce qui réduirait tous les coûts moyens. Nous avons procédé à quelques simulations.

Hypothèse : Le district réussit une amélioration de la qualité des soins MST qui se traduit par un accroissement de 12% de IP6, c'est à dire que IP6 passe de 48% à 60%. Dans cette situation le coût moyen d'une MST "correctement" traité du point de vue de l'offre passerait de 11 940 Fcfa à 9 668 Fcfa, ce qui correspond à une réduction de 20% de ce coût moyen.

3-1.3 Vers quelles sources de financement, le district peut-il se retourner pour rechercher des appuis ?

- Il est évident que l'Etat, les Comités de gestions des formations sanitaires du district et les ménages sont concernés au premier chef. En principe, la responsabilité d'assurer le financement pour la poursuite du programme leur incombe. Actuellement à eux trois, ils supportent 49% des coûts récurrents.

Nos résultats suggèrent un rééquilibrage des participations, notamment pour ce qui est de la contribution des fonds propres du district.

Le district, à travers les Comités de gestion des formations sanitaires, ne supporte que 0,2 % des coûts du programme, au titre de charges renouvelables. Pourtant, la lutte contre les MST est inscrite parmi les priorités de ses plans d'action.

- A côté de ces trois potentiels pourvoyeurs de ressources, il reviendra aux responsables du district de saisir l'argumentaire que peut constituer la présente étude, tout en le développant d'avantage pour maintenir encore l'appui financier du projet Sida2 et approcher d'autres partenaires.

3-1.4 Les coûts supportés par les ménages sont-ils de nature à assurer une bonne accessibilité aux populations du district ?

Cette question renvoie à priori à l'accessibilité financière. Mais nous l'abordons dans l'aspect pérennité, car l'inaccessibilité financière des usagers peut compromettre les chances de durabilité d'une action de santé. En effet, en cas d'inaccessibilité financière, les populations peuvent se

détourner des services ; ces derniers dans ce cas, s'estompent d'elles-mêmes car sans objet.

Pour répondre à cette question, il faut rapprocher les coûts du programme supportés par les consommateurs, aux revenus et dépenses des ménages du district. Les enquêtes ménages conduites par l'Institut National de la Statistique et de la Démographie du Burkina Faso indiquent que le ménage moyen (environ 8 personnes) consacre annuellement 37 821 Fcfa pour ses dépenses de santé ; soit 4 727 Fcfa par individu.

Le rapport entre le coût moyen d'une MST supporté par le patient (3 290) et la somme consacrée annuellement aux soins de santé est de 0,69. Une MST traitée grèverait environ 70% du budget individuel destiné aux soins de santé. Cet ordre de grandeur suggère à prime abord que le coût payé par les patients MST est supportable par leurs revenus. Il faut néanmoins nuancer une telle suggestion dans la mesure où un seul épisode de MST absorbe presque la totalité du budget annuel des soins d'un individu. Par ailleurs certains coûts indirects supportés par les patients et qui n'ont pas été évalués ici devraient intervenir dans l'appréciation de la capacité à payer des populations. Ce sont par exemple les coûts liés aux transports et au temps consacré aux soins. La distance moyenne parcouru par les malades du district de Banfora pour obtenir des soins, 15 Km, donne une idée de ces coûts.

Nos résultats montrent que les femmes payent plus que les hommes, et les femmes enceintes payent davantage. Les protocoles de traitement justifieraient ces différences. Cependant, dans un contexte où les femmes ont moins de revenus que les hommes, la question que l'on peut se poser est de savoir s'il est possible d'envisager des dispositions particulières pour une plus grande équité.

3-2 Extension de la stratégie de prise en charge syndromique à d'autres districts sanitaires du pays.

Au stade actuel du développement des districts du Burkina, on ne peut pas envisager la mise en place et le maintien d'un programme de prise en charge syndromique des MST « classiques » sur les seuls fonds propres d'un district. Il faudrait faire appel aux financements de l'Etat et des partenaires.

Le rôle de l'Etat dans le financement de la prise en charge des MST est sujet à discussion. Certains¹⁸ soutiennent que les MST ont un caractère privé qui fait qu'elles ne devraient pas bénéficier de financement public, surtout dans les pays pauvres où les problèmes sont nombreux. D'autres adoptent une position contraire fondée sur plusieurs raisons d'ordre économique qui justifient le soutien et la participation financière de l'Etat à la prise en charge des MST :

- Dans le contexte épidémiologique de nos pays, marqué par une avancée du SIDA, le traitement curatif des MST devient une action préventive du SIDA ayant tous les attributs économiques d'un bien public qui crée d'importantes externalités positives : forte réduction de la dissémination du VIH, réduction de l'apparition de résistances aux antibiotiques dues à des traitements abusifs ou aux automédications souvent observées dans une affection à caractère pudique.
- La lutte contre la pandémie du SIDA est devenue en Afrique, du fait de ses graves conséquences économiques, une stratégie de réduction et d'allègement de la pauvreté. Or, il est clairement démontré que la prise en charge des MST « classiques » constitue une stratégie efficace de lutte contre l'expansion du SIDA.

Si le principe du financement de l'Etat se justifie assez clairement, la question de ses capacités reste entière, au vu du nombre de problèmes qui méritent aussi son intervention. Pour éviter de se buter à l'alibi, du reste fondé, « des moyens limités de l'Etat », il est important de se pencher sur les

¹⁸ Mead Over « sexually transmitted diseases » Policy Research Department, World Bank 1999

possibilités dont dispose l'Etat pour influencer directement ou indirectement le financement d'un programme de santé.

En ce qui concerne le cas du programme de lutte contre les MST, l'Etat pourrait maintenir le niveau de son financement et veiller à l'adoption et la mise en place d'interventions d'un bon rapport coût-efficacité en matière de lutte contre le SIDA.

Les sommes injectées dans la lutte contre le SIDA, à la faveur des fonds de la coopération bi/multilatérale, de crédits spéciaux comme les projets appuyés par la Banque Mondiale et bien d'autres partenaires, sont à l'évidence relativement importantes. A l'inverse l'allocation de ces fonds aux différentes stratégies de lutte contre le SIDA mérite certainement d'être examinée de près afin d'être éventuellement corrigées.

Les multiples campagnes « classiques et générales » de sensibilisation sur le SIDA, méritent-elles la part qui leur est allouée à partir des fonds destinés à la lutte contre le SIDA, en comparaison à la part réservée aux autres stratégies de prévention du SIDA, comme la prise en charge des MST « classiques » ? La diversité des stratégies possibles est un fait, mais c'est de la meilleure combinaison des moyens mobilisables que résulte l'efficacité.

4- Recommandations

Les recommandations présentées, ont été formulées à partir des résultats obtenus et de la discussion menée plus haut. Tout comme le cheminement d'ensemble de notre étude, elles sont axées sur les perspectives de pérennisation de la stratégie étudiée.

4-1 Recommandations à l'attention du District de Banfora.

- Le relèvement de la participation des fonds propres du district au fonctionnement du programme se pose très visiblement et s'avère assez urgent si l'on entrevoit à terme le retrait du projet Sida2. Ces fonds pourraient être mobilisés, certes à partir des comités de gestion des formations sanitaires, mais aussi des partenaires locaux comme les collectivités locales et les unités industrielles logées dans la province.
- Procéder à une intégration maximale des activités de supervisions du district (pour celles qui le sont) afin de faire partager son coût qui est le poste le plus important.
- Rechercher la formule la plus intéressante pour l'organisation des formations de recyclage dont le coût dépasse celui de la formation initiale.
- Améliorer d'avantage la qualité des soins. La qualité des soins MST s'apprécie, entre autres critères, par l'Indicateur de Prévention N°6 (IP6) de l'OMS. Il s'agit de la proportion des patients MST pris en charge selon les normes nationales en vigueur. Dans le contexte actuel, IP6 est d'environ 44%. Toutes choses étant égales par ailleurs, plus le nombre des MST traités correctement augmente, plus le montant des charges fixes, constant par définition, est divisé par un grand nombre d'unités produites. Toute chose qui contribue à abaisser le coût moyen d'une MST correctement traitée et améliore l'efficacité du programme. Ceci se vérifie pour le moment, compte tenu du niveau actuel de la productivité des services de santé de nos pays, réputée être faible.
- Etudier la faisabilité de mécanismes de réduction des coûts supportés par les patients féminins, en particulier celles qui sont enceintes.

4-2 Recommandations à l'attention des autorités du secteur de la santé, chargée de la lutte contre le SIDA et les MST, représentant l'Etat.

- L'engagement du gouvernement doit se manifester par une allocation progressive de ressources pour accompagner l'effort des communautés et des partenaires dans la prise en charge des services de soins MST.
- La généralisation de la stratégie de prise en charge syndromique à tous les districts de santé du pays, au regard de leur faible capacité d'autonomie financière, nécessite le développement d'un solide plaidoyer à un très haut niveau, afin d'accéder à des fonds complémentaires.
- Promouvoir la mise en place d'interventions d'un bon rapport coût efficacité en matière de lutte contre le SIDA par un arbitrage éclairée des allocations octroyées aux différentes stratégies coexistantes.
- Dans la perspective des deux précédentes recommandations, il est important de procéder à une évaluation économique des différentes stratégies de lutte contre le SIDA afin de disposer d'informations utiles et d'arguments pertinents.

4-3 Recommandations à l'attention du Projet Sida2 et de tout autre partenaire intervenant dans la lutte contre les MST « classique »

- Au regard des coûts du programme et du niveau de contribution financière des différents intervenants, et pour sauvegarder les acquis, il est utile d'envisager à moyen terme, le maintien d'un appui financier au fonctionnement du programme lancé.
- La planification des projets d'appui à la lutte contre les MST par l'approche syndromique devrait tenir compte de l'importance des coûts récurrents induits, et prévoir sur une période donnée, l'appui au fonctionnement. Ce qui éviterait des risques de désengagement non progressif, voire brutale.
- Une évaluation de l'impact de la prise en charge des MST « classiques » sur la transmission du VIH, couplée à une étude de rentabilité économique, permettrait de disposer d'arguments scientifiques de poids pour le plaidoyer au niveau international.

CONCLUSION

La présente étude sur l'évaluation des coûts économiques de mise en œuvre de l'approche syndromique de prise en charge des MST "classiques" dans le district de sanitaire de Banfora, au Burkina Faso a permis d'obtenir une estimation chiffrée des ressources engagées par le programme en cours.

Par ailleurs, elle a permis de se faire une idée de l'ampleur des moyens financiers nécessaires à la poursuite du programme, ainsi qu'une idée des ressources additionnelles nécessaires au lancement d'un tel programme dans un district de santé. Différents types de coûts moyens, estimés sous l'angle de la collectivité entière, du producteur et du consommateur des soins, ont pu être mis en évidence.

L'analyse des profils de coûts a révélé les principaux éléments suivants :

- Les coûts renouvelables sont de loin, beaucoup plus important que les coûts d'investissement. Parmi les éléments constitutifs des charges renouvelables, contrairement à ce qui est habituellement observé, le poste du personnel n'est pas prépondérant.
- Le programme est très fortement dépendant du bailleur extérieur de fonds pour toutes les catégories de charges.
- Les ménages constituent le deuxième pourvoyeur de ressources. Ils payent plus que l'Etat lui-même. Le coût qu'ils payent semble, en dépit de sa sous estimation (charges directes uniquement) être supportable par la part de leur revenu habituellement consacré aux soins de santé. Les coûts que les ménages supportent (essentiellement composés de médicaments) présentent cependant de nombreuses disparités, comme par exemple entre hommes et femmes, entre zones urbaine et zone rurale. Si certaines disparités comme ceux liées au sexe trouvent une explication, celles liées aux zones géographiques posent des interrogations d'autant plus que les coûts en zone urbaine sont plus élevés qu'en milieu rural.

Les résultats obtenus posent quelques interrogations en rapport avec le management et la gestion interne du programme : efficacité, degré de priorité et équité.

Cependant la problématique centrale qui apparaît clairement à résoudre, est celle liée à la garantie de la pérennité d'un tel programme. Comment planifier et mobiliser les ressources futures, aussi bien pour poursuivre un programme déjà lancé que pour l'étendre à d'autres districts de santé ?

Nous avons discuté et formulé des suggestions qui n'épuisent certainement pas les questions soulevées, mais dont l'application pourraient constituer un début de résolution.

Références Bibliographiques

- 1-AIDSCAP, PNLS du Sénégal, Université de Washington. Rapport de recherche opérationnelle. Validation des algorithmes MST au Sénégal. Août 1997.
- 2-BANQUE MONDIALE. Pour une meilleure santé en Afrique. Leçons de l'expérience. Banque mondiale. Washington. 1994.
- 3-BANQUE MONDIALE. Rapport sur le développement dans le monde. Investir dans la santé. Banque mondiale. Washington. 1993.
- 4-BERESKA, A., DURU, G. Economie de la santé. 4^e édition. Paris: Masson. 1997.
- 5-BURKINA FASO. INSTITUT DE RECHERCHE EN SCIENCE DE LA SANTE. Rapport d'analyse de la situation de l'épidémie du VIH/SIDA et de MST au Burkina Faso. Juin 1999.
- 6-CARINA, Van et *al.* The effectiveness of HIV prevention. Strategies under alternative scenarios. Evaluation with the STDSIM model. The European commission. [1998].
- 7-COTE D'IVOIRE. BUREAU CENTRAL DE COORDINATION. PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA ET LES MST. Evaluation de schémas thérapeutiques des maladies sexuellement transmissibles en Côte d'Ivoire. Juin 1993.
- 8-CREESE, Andrew, PARKER, David. Analyses des coûts dans les programmes de soins de santé primaires. Manuel de formation à l'usage des responsables de programmes. OMS. Genève 1995.
- 9-DIOUF, M. Economie politique pour l'Afrique. Les Nouvelles Editions Africaines du Sénégal, AUPEL-UREF. 1991.
- 10-DUBRELLE, Louis, SERVAN, Roger. Comptabilité analytique de gestion tome 2. La gestion par les coûts. DUNOD [1995?]
- 11-GOLD, Marthe R et *al.* Cost-effectiveness in health and medicine. New York Oxford. Oxford University Press. 1996.
- 12-GROSSKURTH, H. et *al.* Impact of improved treatment of sexually transmitted diseases on HIV infection in rural Tanzania. Randomised controlled trial. Lancet. 1995. 346: 530-6

- 13-KADDAR, Miloud PHR: Le producteur de soins: coûts et productivité. Module d'enseignement. 1998-1999. Dakar. CESAG.
- 14-LA REVUE DU PRATICIEN. 15 octobre 1996. Tome 46. Publication N°16.
- 15-LABOURETTE, André. Economie de la santé. 2^e édition. Presses universitaires de France. 1993.
- 16-LAGA, M. et al. Condom protection, sexually transmitted diseases treatment, and declining incidence of HIV-1 infection in femenal Zairian sex workers. Lancet. 1994. 344:246-248.
- 17-LAGA, M. et al. Non-ulcerative sexually transmitted diseases as a risk factor for HIV-1 transmission in women: results from a cohort study. AIDS 1993. 7(1): 95-102.
- 18-MEDA, N et al. L'épidémie à VIH au Burkina Faso. Situation actuelle et niveau des connaissances de la population sur le sida. Revue Epidémiologie et Santé Publique 1998. 46p. 14 à 23
- 19-MEDA, N et al. Pattern of sexually transmitted diseases among pregnant women in Burkina Faso, West Africa. Potential for a clinical management based on simple approaches. Genitourin Med. 1997. 73(3): 188-93
- 20-OMS. Estimations des coûts pour l'analyse coût efficacité. OMS Genève 1988.
- 21-OMS. Maladies sexuellement transmissibles. Forum mondial de la santé 1996. 17:106.7
- 22-OMS/AFRO, NDOYE, Ibra. Politiques de lutte contre les maladies sexuellement transmissibles " MST " au Burkina Faso, période 1998-2002. OMS/AFRO. 1998.
- 23-ONUSIDA/OMS. Les maladies sexuellement transmissibles : politiques et principes de prévention et de soins. ONUSIDA/OMS [1997]. 47p.
- 24-Organisation Mondiale de la Santé. Forum mondial de la santé. Soins de Santé- qui paie ? OMS Genève 1987.
- 25-ROBINSON, N.J et al. Proportion of HIV infections attributable to other sexually transmitted diseases in a rural Uganda population. Simulation model estimates Int. J Epidemiological 1997. 26(1): 180-9.

26-SANNE, Salam. Analyse des coûts des activités de santé maternelle et infantile en stratégie avancée au centre de santé et de promotion sociale de Loaga, District sanitaire de Kongoussi, Burkina Faso. 1998. Mémoire de MBA en gestion des services des services de santé, CESAG de Dakar

27-SOMBIE, M.B. Evaluation de la pertinence des tarifs par rapport aux coûts des services d'hospitalisation de médecine générale et de néphrologie du centre hospitalier universitaire de Yopougou en république de Côte d'Ivoire. 1993. Mémoire de MBA en gestion des services des services de santé, CESAG de Dakar.

28-WADE, Abdoulaye S. Evaluation d'un algorithme de l'écoulement vaginal chez les femmes enceintes à Dakar. 1999. Thèse de Médecine. Faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie de Dakar.

29-WETTA, C. et *al.* Etude sur les coûts unitaires au niveau des districts sanitaires Burkina Faso. Ministère de la santé, direction des études et de la planification. 1998.

30-WONG, H. Analyse des coûts de l'hôpital national de Niamey. Abt Associates Inc. 1989.

31-WORLD HEALTH ORGANISATION. Consensus statement from consultation on sexually transmitted diseases as a risk factor for HIV transmission. Geneva. WHO. 1989. WHO/GPA/INF/89.1

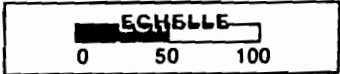
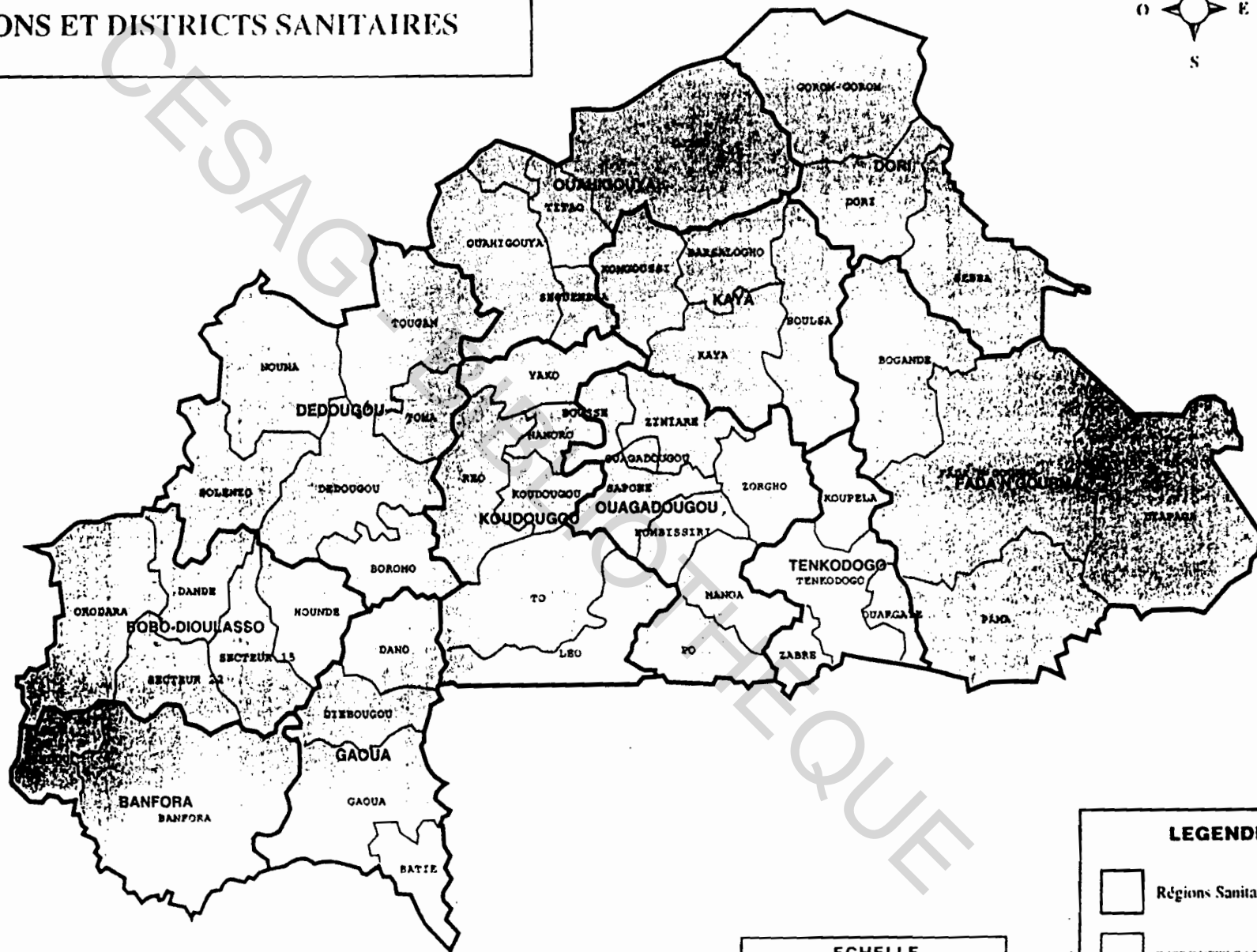
CESAG

ANNEXES



BIBLIOTHEQUE

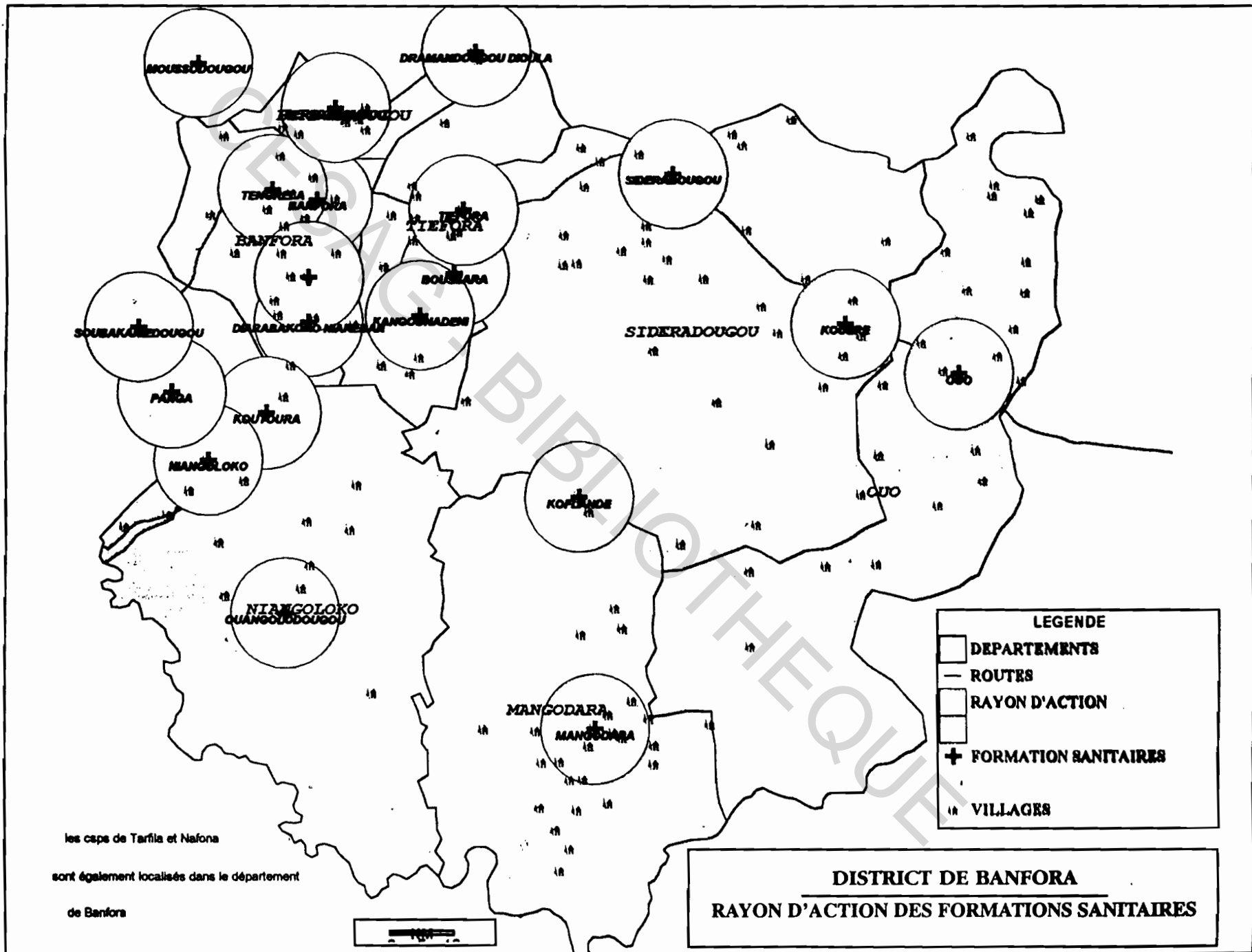
BURKINA FASO

REGIONS ET DISTRICTS SANITAIRES



LEGENDE

-  Régions Sanitaires
-  DISTRICTS SANITAIRES

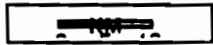


les cps de Tarfila et Nafona
 sont également localisés dans le département
 de Banfora

LEGENDE

- ▭ DEPARTEMENTS
- ROUTES
- RAYON D'ACTION
- ✚ FORMATION SANITAIRES
- ⊠ VILLAGES

DISTRICT DE BANFORA
RAYON D'ACTION DES FORMATIONS SANITAIRES



ANNEXE N° 1

GRILLE DE COLLECTE DE DONNEES AU NIVEAU DES FORMATIONS SANITAIRES

I° IDENTIFICATION

1. Région Sanitaire de :.....
2. District Sanitaire de :.....
3. Formation sanitaire de :.....
4. Distance de la F.S au Bureau de District(km).....

II° BATIMENTS (description)

Il s'agit des bâtiments ou des salles abritant les activités liées directement à la prise en charge des MST)

1. Investissements

N° ou désignation habituelle du Bâtiment	Superficie (m ²)	Superficie des salles destinées aux activités PEC/SYNDR	Type de matériaux (définitifs, non définitifs)	Carrelage Sol (Y/N)	Adduction Eau courante (Y/N)	Electricité (Y/N)	Année de construction	Etat actuel (bon, passable, mauvais)	Origine /Source du Financement

2. Réfection / Réparation/ au cours de la période (1998 et 1^o semestre 99)

N° ou désignation habituelle du Bâtiment	Montant des réfections		Source de financement pour les réfections	
	1998	1999(1 semestre)	1998	1999(1 semestre)

3. Personnels de santé impliqués dans la mise en œuvre de la stratégie de prise en charge syndrômique au niveau de la formation sanitaire

Profil / Catégorie du personnel (par individu)		Tâches en rapport avec la PEC/SYN	Volume horaire/ semaine consacrée à la PEC/SYN	Salaire brut (à ordonnancer) mensuel	Source de financement du salaire	Autres Indemnités (Périodicité?) Montant	Source de financement Des autres indemnités
Profil	Durée de service (en année)						

4. Equipement/Matériel durable(entrant dans la mise en œuvre de la stratégie de prise en charge syndrômique au niveau de la formation sanitaire)

Type de matériel (lister)	2 principaux usages(lister)	année d'acquisition	source de financement	Combien il a coûté ?	Etat actuel(bon, passable, mauvais)

5. Médicaments anti-MST utilisés dans la Formation sanitaire

Désignation	Forme	Dosage	Prix unitaire de cession au public	Quantité réelle A la date du.....

6- Tarif consultation (prise en charge d'une MST) :.....

ANNEXE N°2

FICHE DE COLLECTE DE DONNEES DE SURVEILLANCE DE BASE

District Sanitaire de.....

Fiche remplie par.....

Structure sanitaire de.....

Signature.....

N°	Date de la consult°	Sexe malade (F/M)	Age en années	Grossesse (Oui/Non)	Plaintes MST	Diagnostic MST	Traitement administré	Traitement adéquat (Y/N)	Contact traité (Y/N) nombre
					1..... 2..... 3.....	1..... 2..... 3.....	1..... 2..... 3.....		
					1..... 2..... 3.....	1..... 2..... 3.....	1..... 2..... 3.....		
					1..... 2..... 3.....	1..... 2..... 3.....	1..... 2..... 3.....		
					1..... 2..... 3.....	1..... 2..... 3.....	1..... 2..... 3.....		

ANNEXE N°3

Dépenses semestrielles pour les activités de formations et supervisions									
activités	Bailleur	Etat		Total					
Superv. équipe Nat.	1024243,748	0		1024243,748					
Superv. district	915000	195000		1110000					
Sous-Total/Superv	1939243,748	195000		2134243,748					
Répartition en %	91%	9%		100%					
Formation Initiale (Eqp Nat*)	1751677,408	0		1751677,408					
Formation Initiale (District)	1875560	886000		2761560					
Fournitures (formation)+Gants	384539			384539					
Sous-Total Formation Initiale	4011776,408	886000		4897776,408					
Répartition en %	82%	18%		100%					
Récyclage équipe Nat	562721,874	0							
Récyclage District	314150	553000							
Total/Récyclage	876871,874	553000		1429871,874					
Répartition en %	61%	39%		100%					

IMPUTATION DE LA FORMATION INITIALE Investissement	bailleur			Etat				total	cout AN	COUT SEMES			
	bailleur	cout ANNUEL	COUT SEMESTRIEL	Etat	cout ANNUEL	COUT SEMESTRIEL							
	Formation Initiale (Equipe Nat*)	1751677,408	704 375,42 F	352 187,71 F	0	0,00 F	0,00 F				1751677,408	704 375,42 F	352 187,71 F
	Formation Initiale (District)	1875560	754 190,44 F	377 095,22 F	886000	356 273,72 F	178 136,86 F				2761560	1 110 464,18 F	555 232,08 F
Fournitures (formation)+Gants	384539	154 628,82 F	77 314,41 F		0,00 F	0,00 F	384539	154 628,82 F	77 314,41 F				
TOTAL	4011776,408	1 613 194,68 F	806 597,34 F	886000	356 273,72 F	178 136,86 F	4897776,408	1 969 468,40 F	984 734,199 F				

ANNEXE N°4

Quantités de médicaments nécessaires par syndrome selon les algorithmes en vigueur				
1-BI	1 ^è intention		2 ^è intention	
	Médicament	quantité	Médicament	quantité
	Doxy cp100	28	Erycp250	112
2-GS	1 ^è intention		2 ^è intention	
	Médicament	quantité	Médicament	quantité
	gonococcie Ciprocp500	1	Spectinj2g	1
chlamydieuse Doxy cp100	14	Erycp250	56	
3-UG	1 ^è intention		2 ^è intention	
	Médicament	quantité	Médicament	quantité
	syphilis BBPinj2,4M	1	Erycp250	112
chancre mou Cotricp480	28	Erycp250	112	
LVG/donovanose Doxy cp100	28	Erycp250	112	
herpes genital Violetgentia	1	Polyvio	1	
4-CP	1 ^è intention		2 ^è intention	
	Médicament	quantité	Médicament	quantité
	gonococcie Ceftriaijec	?	Spectinj	1
chlamydieuse Ery sirop	1			
5-DP(femme)	1 ^è intention		2 ^è intention	
	Médicament	quantité	Médicament	quantité
	gonococcie Spectinj2g	1	Ciprocp500	1
chlamydieuse Doxy cp100	30	Erycp250	80	
infectanaerobiques Métrocp250	56			
6-EU(homme)	1 ^è intention		2 ^è intention	
	Médicament	quantité	Médicament	quantité
	gonococcie Ciprocp500	1	Spectinj2g	1
chlamydieuse Doxy cp100	14	Erycp250	56	
7-PV(EV femme)	1 ^è intention		2 ^è intention	
	Médicament	quantité	Médicament	quantité
	gonococcie Spectinj2g	1	Ciprocp500	1
chlamydieuse Doxy cp100	14	Erycp250	56	
candidose Nysovu100M	14	Myconovu400	3	
infectanaerobiques Métrocp250	56			
trichomonase Métrocp250	8			
EXEMPLES DE PRIX UNITAIRES DE MEDICAMENTS DANS 4 FORMATIONS SANITAIRES DE BANFORA				
Désignation/Forme/ Dosage	PU csps Central	PU csps de Berega	PU Ctre M de Niangoloko	PU csps de Tengrela
BenzatineB.P inj 2,4MUI	550	600	650	600
Ciprofloxacine cp 500	100	100	100	100
Cotrimoxazole/cp/480	20	20	30	20
Doxycycline/cp/100	30	15	43,75	15
Erythromycine/cp/250	50	50	50	50
Métronidazole cp 250	15	15	15	15
Métronidazole ovule 500	50	15	74,16	60
Nystatine cp 500MUI	43,75	40	60	40
Nystatine ovule 100MUI	50	40	50	30
Spectinomycine inj 2	2250	2250	2550	2250
Violet de gentiane solution	285		210	285

N.B: le prix des médicaments sous forme injectable inclut le matériel d'injection

ANNEXE N°5

Tableau synoptique des cas de consultations de soins ambulatoires													
N°	Formations Sanitaires												
1	CSPS de Bérégadougou	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Sept	semestre	MSTFGrss	MSTFNon	MSTH	Total MST	
	CPN	18	38	29	26	31	26	168	23	58	3	84	
	PF	49	68	98	76	87	83	461					
	Nv C	44	257	233	250	182	218	1184					
2	CSPS de Boussara								0	MSTfemGro	MSTfemm	MSThom	Total MST
	CPN	11	11	6	8	4	9	49	2	5	0	7	
	PF	8	9	10	12	14	24	77					
	Nv C	77	102	116	117	109	130	651					
3	CSPS Central Bfra								0	MSTfemGro	MSTfemm	MSThom	Total MST
	CPN	149	138	134	159	201	176	957	17	14	2	33	
	PF	293	360	281	341	347	316	1938					
	Nv C	772	663	534	607	601	752	3929					
4	CSPS de Diarabakoko								0	MSTfemGro	MSTfemm	MSThom	Total MST
	CPN	18	14	10	19	11	6	78	0	6	1	7	
	PF	5	5	7	7	7	7	38					
	Nv C	108	114	94	84	113	92	605					
5	CSPS de Daramandougou								0	MSTfemGro	MSTfemm	MSThom	Total MST
	CPN	12	12	5	12	5	5	51	0	1	0	1	
	PF	5	5	5	6	1	5	27					
	Nv C	68	97	56	49	63	41	374					
6	CSPS de Flantama/BFRA								0	MSTfemGro	MSTfemm	MSThom	Total MST
	CPN	41	41	22	45	31	32	212	2	14	6	22	
	PF	39	37	44	40	39	34	233					
	Nv C	166	150	155	154	206	187	1018					
7	CSPS de Kankounadeni								0	MSTfemGro	MSTfemm	MSThom	Total MST
	CPN	16	19	9	9	17	9	79	2	11	2	15	
	PF	8	5	9	5	6	6	39					
	Nv C	67	103	97	79	78	54	478					
8	CSPS de Koflandé								0	MSTfemGro	MSTfemm	MSThom	Total MST
	CPN	36	46	26	31	33	66	238	2	1	3	6	
	PF							0					
	Nv C	110	113	150	136	201	187	897					
9	CSPS de Koutoura								0	MSTfemGro	MSTfemm	MSThom	Total MST
	CPN	10	9	17	18	9	20	83	4	5	0	9	
	PF	16	17	13	15	14	14	89					
	Nv C	108	138	82	81	86	88	583					
10	CSPS de Mangodara								0	MSTfemGro	MSTfemm	MSThom	Total MST
	CPN	45	39	52	45	50	48	279	4	5	7	16	
	PF	23	19	0	16	17	7	82					
	Nv C	389	389	359	407	354	228	2126					

tableau synoptique des consultations

ANNEXE N°5

11 CSPS de Moussodougou								0	MSTfemGro	MSTfemm	MSThom	Total MST
CPN	25	27	30	26	25	28	161		4	6	3	13
PF	9	9	16	8	7	7	56					
Nv C	282	363	399	383	231	179	1837					
12 CM de Niangoloko								0	MSTfemGro	MSTfemm	MSThom	Total MST
CPN	47	53	68	56	110	68	402		6	9	13	28
PF	146	137	130	194	87	152	846					
Nv C	747	704	614	609	646	516	3836					
13 CSPS de Nafona								0	MSTfemGro	MSTfemm	MSThom	Total MST
CPN	0	0	0	0	0	0	0		0	1	1	2
PF	0	0	0	0	0	0	0					
Nv C	43	63	59	46	67	81	359					
14 CSPS de Ouou								0	MSTfemGro	MSTfemm	MSThom	Total MST
CPN	4	11	4	8	6	7	40		0	0	7	7
PF	32	36	39	19	19	22	167					
Nv C	117	167	190	154	175	190	993					
15 CSPS de Panga								0	MSTfemGro	MSTfemm	MSThom	Total MST
CPN	16	7	9	6	11	12	61		0	1	2	3
PF	2	4	2	4	3	2	17					
Nv C	126	104	78	56	46	60	470					
16 CSPS de Sidéradougou								0	MSTfemGro	MSTfemm	MSThom	Total MST
CPN	43	50	18	30	22	40	203		0	2	5	7
PF	34	21	22	20	25	18	140					
Nv C	216	200	147	169	202	149	1083					
17 CSPS de Tengrela								0	MSTfemGro	MSTfemm	MSThom	Total MST
CPN	20	33	14	18	34	46	165		32	17	2	51
PF	12	7	11	7	11	10	58					
Nv C	193	184	212	182	183	202	1156					
18 CSPS de Tiéfoua								0	MSTfemGro	MSTfemm	MSThom	Total MST
CPN	13	16	20	11	20	7	87		0	1	4	5
PF	40	29	30	24	23	24	170					
Nv C	192	197	177	177	157	168	1068					
19 CSPS de Soubakaniédougou								0	MSTfemGro	MSTfemm	MSThom	Total MST
CPN	48	33	31	40	38	50	240		19	13	4	36
PF	80	76	65	25	49	37	332					
Nv C	241	218	182	251	234	236	1362					
20 CSPS de Tarfila								0	MSTfemGro	MSTfemm	MSThom	Total MST
CPN	5	11	1	0	4	9	30		3	15	2	20
PF	1	2	0	3	6	5	17					
Nv C	115	167	132	106	137	150	807					
21 CSPS de Siniéna								0	MSTfemGro	MSTfemm	MSThom	Total MST
CPN	12	9	15	11	10	15	72		12	10	6	28
PF	12	21	16	12	9	17	87					
Nv C	188	225	149	149	206	143	1060					

ANNEXE N°6

COUTS DES MST BANFORA																														
N°	Structure	sexe	gros	diagfin	Mdcment	ttt1				ttt2				ttt3				ttt4				ttt5				coutmed	cdoitier	Tcoutmed	coucons	Couttotal
						Quantité	Prix	Valeur	Mdcment	Quantité	Prix	Valeur	Mdcment	Quantité	Prix	Valeur	Mdcment	Quantité	Prix	Valeur	Mdcment	Quantité	Prix	Valeur	Mdcment					
1	BEREGADQF	T	PV	SPECT	1	2250	2250	ERYTH	56	50	2800	METRO	8	15	120									0	5170	75	5245	200	5445	
2	BEREGADQF	T	PV	SPECT	1	2250	2250	ERYTH	56	50	2800	NYSTA	14	40	560									0	5610	75	5685	200	5885	
3	BEREGADQF	T	PV	ERYTH	56	50	2800	SPECT	1	2250	2250	NYSTA	14	40	560									0	5610	75	5685	200	5885	
4	BEREGADQF	T	PV	ERYTH	56	50	2800	SPECT	1	2250	2250	METRO	8	15	120	NYSTA	14	40	560					0	5730	75	5805	200	6005	
5	BEREGADQF	F	PV	SPECT	1	2250	2250	ERYTH	56	50	2800	METRO	8	15	120									0	5170		5170	200	5370	
6	BEREGADQF	F	PV	SPECT	1	2250	2250	ERYTH	56	50	2800	METRO	8	15	120									0	5170		5170	200	5370	
7	BEREGADQM	F	EU	CIPRO	1	100	100	DOXY	14	15	210													0	310		310	200	510	
8	BEREGADQF	F	PV	METRO	56	15	840	NYSTA	14	40	560													0	1400		1400	200	1600	
9	BEREGADQM	F	GS	CIPRO	1	100	100	DOXY	14	15	210													0	310		310	200	510	
10	BEREGADQF	F	PV	ERYTH	56	50	2800	SPECT	1	2250	2250	METRO	8	15	120									0	5170		5170	200	5370	
11	BEREGADQM	F	EU	CIPRO	1	100	100	DOXY	14	15	210													0	310		310	200	510	
12	BEREGADQF	F	PV	SPECT	1	2250	2250	ERYTH	56	50	2800	METRO	8	15	120									0	5170		5170	200	5370	
13	BEREGADQF	T	PV	NYSTA	14	40	560	METRO	56	15	840													0	1400	75	1475	200	1675	
14	BEREGADQF	T	PV	METRO	56	15	840	NYSTA	14	40	560													0	1400	75	1475	200	1675	
15	BEREGADQF	T	PV	METRO	56	15	840	NYSTA	14	40	560													0	1400	75	1475	200	1675	
16	BEREGADQF	T	PV	SPECT	1	2250	2250	ERYTH	56	50	2800	METRO	8	15	120									0	5170	75	5245	200	5445	
17	BEREGADQF	F	PV	SPECT	1	2250	2250	ERYTH	56	50	2800	METRO	8	15	120									0	5170		5170	200	5370	
18	BEREGADQF	T	PV	METRO	56	15	840	NYSTA	14	40	560													0	1400	75	1475	200	1675	
19	BEREGADQF	T	PV	SPECT	1	2250	2250	ERYTH	56	50	2800	METRO	8	15	120									0	5170	75	5245	200	5445	
20	BEREGADQF	F	PV	SPECT	1	225	225	ERYTH	56	50	2800	METRO	8	15	120									0	3145		3145	200	3345	
21	BEREGADQF	T	DP	METRO	56	15	840	NYSTA	14	40	580													0	1400	75	1475	200	1675	
22	BEREGADQF	F	PV	CIPRO	1	100	100	ERYTH	56	50	2800													0	2900		2900	200	3100	
23	BEREGADQF	F	PV	DOXY	14	15	210	CIPRO	1	100	100	METRO	8	15	120									0	430		430	200	630	
24	BEREGADQF	F	PV	METRO	56	15	840	NYSTA	14	40	560													0	1400		1400	200	1600	
25	BEREGADQF	T	PV	METRO	8	15	120	ERYTH	56	50	2800	SPECT	1	2250	2250									0	5170	75	5245	200	5445	
26	BEREGADQF	T	DP	ERYTH	80	50	4000	SPECT	1	2250	2250	METRO	8	15	120									0	6370	75	6445	200	6645	
27	BEREGADQF	F	DP	CIPRO	1	100	100	DOXY	30	15	450	METRO	8	15	120									0	670		670	200	870	
28	BEREGADQF	T	PV	METRO	56	15	840	NYSTA	14	40	560													0	1400	75	1475	200	1675	
29	BEREGADQF	T	PV	METRO	56	15	840	NYSTA	14	40	560													0	1400	75	1475	200	1675	
30	BEREGADQF	T	DP	SPECT	1	2250	2250	ERYTH	80	50	4000	METRO	8	15	120									0	6370	75	6445	200	6645	
31	BEREGADQF	F	PV	CIPRO	1	100	100	DOXY	14	15	210	METRO	8	15	120									0	430		430	200	630	
32	BEREGADQF	T	DP	ERYTH	80	50	4000	SPECT	1	2250	2250	METRO	8	15	120									0	6370	75	6445	200	6645	
33	BEREGADQF	F	DP	ERYTH	80	50	4000	SPECT	1	2250	2250	METRO	8	15	120									0	6370		6370	200	6570	
34	BEREGADQF	F	PV	ERYTH	56	50	2800	SPECT	1	2250	2250	METRO	8	15	120									0	5170		5170	200	5370	
35	BEREGADQF	F	PV	CIPRO	1	100	100	ERYTH	56	50	2800	METRO	8	15	120									0	3020		3020	200	3220	
36	BEREGADQF	F	PV	SPECT	1	2250	2250	ERYTH	56	50	2800	METRO	8	15	120									0	5170		5170	200	5370	
37	BEREGADQF	F	DP	ERYTH	80	50	4000	METRO	8	15	120	SPECT	1	2250	2250									0	6370		6370	200	6570	
38	BEREGADQF	F	PV	METRO	56	15	840	NYSTA	14	40	560													0	1400		1400	200	1600	
39	BEREGADQF	F	PV	METRO	56	15	840	NYSTA	14	40	560													0	1400		1400	200	1600	
40	BEREGADQF	F	DP	METRO	56	15	840	NYSTA	14	40	560													0	1400		1400	200	1600	
41	BEREGADQF	F	DP	SPECT	1	2250	2250	ERYTH	80	50	4000	METRO	8	15	120									0	6370		6370	200	6570	
42	BEREGADQF	F	DP+PV	SPECT	1	2250	2250	ERYTH	80	50	4000	METRO	8	15	120									0	6370		6370	200	6570	
43	BEREGADQF	F	DP+PV	SPECT	1	2250	2250	ERYTH	80	50	4000	METRO	8	15	120									0	6370		6370	200	6570	
44	BEREGADQF	F	PV	ERYTH	56	50	2800	SPECT	1	2250	2250	METRO	8	15	120									0	5170		5170	200	5370	
45	BEREGADQF	T	DP+PV	ERYTH	80	50	4000	SPECT	1	2250	2250	METRO	8	15	120									0	6370	75	6445	200	6645	
46	BEREGADQF	F	PV	METRO	56	15	840	NYSTA	14	40	560													0	1400		1400	200	1600	
47	BEREGADQF	F	DP	SPECT	1	2250	2250	ERYTH	80	50	4000	METRO	8	15	120									0	6370		6370	200	6570	
48	BEREGADQF	F	DP	SPECT	1	2250	2250	ERYTH	80	50	4000	METRO	8	15	120									0	6370		6370	200	6570	
49	BEREGADQF	F	PV	SPECT	1	2250	2250	ERYTH	56	50	2800	METRO	8	15	120									0	5170		5170	200	5370	
50	BEREGADQF	F	PV	SPECT	1	2250	2250	ERYTH	56	50	2800	METRO	8	15	120									0	5170		5170	200	5370	
51	BEREGADQF	F	PV	SPECT	1	2250	2250	ERYTH	56	50	2800	METRO	8	15	120									0	5170		5170	200	5370	
52	BEREGADQF	F	DP	DOXY	30	15	450	CIPRO	1	100	100	METRO	8	15	120									0	670		670	200	870	
53	BEREGADQF	F	PV	METRO	8	15	120	CIPRO	1	100	100	ERYTH	56	50	2800									0	3020		3020	200	3220	
54	BEREGADQF	F	PV	METRO	56	15	840	NYSTA	14	40	560													0	1400		1400	200	1600	
55	BEREGADQF	T	PV	METRO	56	15	840	NYSTA	14	40	580													0	1400	75	1475	200	1675	
56	BEREGADQF	F	PV	ERYTH	56	50	2800	METRO	8	15	120	SPECT	1	2250	2250									0	5170		5170	200	5370	

ANNEXE N°7

Frais du Personnel du district sanitaire de Banfora 1999 impliqués dans l'approche syndromique														
N°	Formations Sanitaires	REVENU SEMESTRIEL (6 mois)												
		Total(Et+Coges)	volume de T semestre (en h)	Volim-Horaire pour les CC curative / semestre	Volim-Hraire pour les CPN+F*midés	Nbr/T de cas Ccuratifs semestre	Nbr/T de CPN dans le semestre	Nbr de MST vus en Cst* curative semestre	Nbre des MST vus en CPN semestre	Cout Salaire des MST vus en Cst* curative semestre	Cout Salaire des MST vus en CPN dans semestre	Coût total salaire dus aux MST	Nombre total des MST du semestre	Cout unitair salaire MST
1	CSPS de Bérégadougou													
	IDE1	965880	1920	1087,2	0	2368	0	61	0	14526,57941				
	IDE2	475452	960	543,8	0	1184	0	61	0	13870,52905				
	IB1	462780	960	0	309,8	0	168	0	23		20432,56339			
	sous-total									28397,10846	20432,56339	48829,67186	84	581,3056173
2	CSPS de Boussara													
	IDE1	503940	960	543,8	0	651	0	7	0	3068,344355				
	sous-total									3068,344355	0	3068,344355	7	438,3348078
3	CSPS Central Bira													
	IDE1	503940	960	102	0	3929	0	16	0	218,0447951				
	SFE1	919658	960	0	309,8	0	957	0	17		5270,280846			
	ME1	633084	960	0	309,8	0	957	0	17		3626,837022			
	IB1	468780	960	102	0	3929	0	16	0	202,8317638				
	IB2	468780	960	102	0	3929	0	16	0	202,8317638				
	IB3	468780	960	102	0	3929	0	16	0	202,8317638				
	sous-total									826,5400865	8897,117868	9723,657955	33	294,8563017
4	CSPS de Diarabakoko													
	IDE1	492000	960	543,8	0	605	0	7	0	3223,413223				
	sous-total									3223,413223	0	3223,413223	7	460,4876033
5	CSPS de Daramandougou													
	IDE1	474000	960	543,8	0	374	0	1	0	717,6537433				
	sous-total									717,6537433	0	717,6537433	1	717,6537433
6	CSPS de Flantama/BFRA													
	IDE1	503940	960	102	0	1018	0	22	0	1157,131385				
	IDE2	503940	960	102	0	1018	0	22	0	1157,131385				
	IB1	468780	960	102	0	1018	0	22	0	1076,398084				
	sous-total									3390,660855	0	3390,660855	22	154,1209478
7	CSPS de Kankounadeni													
	IDE1	497940	960	543,8	0	478	0	15	0	6848,070868				
	IB1	462780	960	543,8	0	478	0	15	0	8223,300471				
	sous-total									17071,37134	0	17071,37134	15	1138,081423
8	CSPS de Koflandé													
	IB1	462780	960	543,8	0	897	0	6	0	1752,837291				
	sous-total									1752,837291	0	1752,837291	6	292,1385485
9	CSPS de Koutoura													
	IB1	462780	960	543,8	0	583	0	9	0	4045,356046				
	sous-total									4045,356046	0	4045,356046	9	449,4840051
10	CSPS de Mangodara													
	IDE1	500940	960	543,8	0	2128	0	16	0	2134,767827				
	sous-total									2134,767827	0	2134,767827	16	133,4229892
11	CSPS de Moussodougou													
	IDE1	500940	960	543,8	0	1837	0	13	0	2007,373204				
	sous-total									2007,373204	0	2007,373204	13	154,4133234
12	CM de Niangoloko													
	Med1	1238094	960	114	0	3836	0	22	0	843,2014012				
	IDE1	512940	960	543,8	0	3836	0	22	0	1665,784685				
	IDE2	512940	960	543,8	0	3836	0	22	0	1665,784685				
	IDE3	512940	960	543,8	0	3836	0	22	0	1665,784685				
	IDE4	512940	960	543,8	0	3836	0	22	0	1665,784685				
	SFE1	490452	960	0	309,8	0	402	0	6		2360,757761			
	SFE2	490452	960	0	309,8	0	402	0	6		2360,757761			
	IB1	477780	960	543,8	0	3836	0	22	0	1551,60176				
	IB2	477780	960	543,8	0	3836	0	22	0	1551,60176				
	IB3	477780	960	543,8	0	3836	0	22	0	1551,60176				
	IB4	477780	960	543,8	0	3836	0	22	0	1551,60176				
	IB5	477780	960	543,8	0	3836	0	22	0	1551,60176				
	sous-total									15284,34894	4721,515522	19985,86446	28	713,7808736
13	CSPS de Nafona													
	IDE1	497940	960	543,8	0	359	0	2	0	1570,799582				
	IB1	462780	960	543,8	0	359	0	2	0	1459,883983				
	sous-total									3030,683565	0	3030,683565	2	1515,341783

ANNEXE N°7

14	CSPS de Ouo																						
	IB1	462780	960	543,6	0	993	0	7	0	1847,275151													
	IB2	462780	960	543,6	0	993	0	7	0	1847,275151													
	sous-total									3694,550302	0	3694,550302	7	527,7929003									
15	CSPS de Panga																						
	IDE1	497940	960	543,6	0	470	0	3	0	1799,735266													
	sous-total									1799,735266	0	1799,735266	3	509,9117553									
16	CSPS de Sideradougou																						
	IB1	485780	960	543,6	0	1083	0	7	0	1704,741898													
	IB2	485780	960	543,6	0	1083	0	7	0	1704,741898													
	sous-total									3409,483795	0	3409,483795	7	487,0661136									
17	CSPS de Tengreia																						
	IB1	462780	960	543,6	0	1156	0	51	0	11560,99301													
	sous-total									11560,99301	0	11560,99301	51	226,6661375									
18	CSPS de Tiefora																						
	IB1	462780	960	543,6	0	1068	0	5	0	1226,82198													
	sous-total									1226,82198	0	1226,82198	5	245,3643061									
19	CSPS de Soubakaniédougou																						
	IDE1	500940	960	543,6	0	1362	0	36	0	7497,549119													
	IB1	465780	960	543,6	0	1362	0	36	0	6971,310793													
	sous-total									14468,85991	0	14468,85991	36	401,9127753									
20	CSPS de Tarifa																						
	IDE1	497940	960	543,6	0	907	0	20	0	6987,819703													
	sous-total									6987,819703	0	6987,819703	20	349,3608851									
21	CSPS de Siniéna																						
	IDE1	497940	960	543,6	0	1060	0	28	0	7447,961038													
	sous-total									7447,961038	0	7447,961038	28	265,9666085									
	TOTAL DISTRICT									169577,881	0	169577,881	400	423,9447018									

Coût du m ² de bâtiment bâti selon les caractéristiques architecturales: source Direction Générale des Travaux publics du B.F 1999																				
N°	Caractéristiques	Prix M ² (Fcf)																		
1	Bâtiment Banco	25 000																		
2	Bâtiment en dur(sans Electric, sans carreaux, sans climatisat*)	125 000																		
3	Bâtiment en dur + carreaux(sans Electric, sans climatisat*)	150 000																		
4	Bâtiment en dur+ Electric+ climatisat* (sans carreaux,)	200 000																		
5	Bâtiment en dur+ (Electric+carreaux,) sans climatisat*	200 000																		
6	Bâtiment en dur(+ Electric+ carreaux+ climatisat*)	250 000																		