



CESAG
Centre Africain d'Etudes
Supérieures en Gestion

ANNEE ACADEMIQUE 2005-2006



**INSTITUT SUPERIEUR DE MANAGEMENT DE LA
SANTÉ**

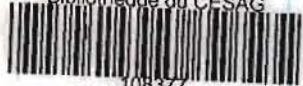
MEMOIRE DESS EN ECONOMIE DE LA SANTE

THEME

**Elaboration des Comptes Nationaux
de la Santé dans les Etats Membres
de l'UEMOA :**

Analyse de l'exhaustivité et de la complétude.

Bibliothèque du CESAG



108377

REALISE PAR :

Dr Offossé Marie-Jeanne N.

DESS - Economie de la Santé

SOUS LA DIRECTION DE :

Dr EL HADJI GUEYE

Professeur au CESAG

M0118DSES07



SIGLES ET ABREVIATIONS

CICS:	Classification Internationale des Comptes de la Santé
CNS :	Comptes Nationaux de la Santé
CNSS :	Caisse Nationale de Sécurité Sociale
DDS :	Département du Développement Social
DPE :	Département des Politiques Economiques
EIP:	Evidence and Information for Policy
ILO :	International Labour Organisation
IPPTE :	Initiative en faveur des Pays Pauvres Très Endettés
ISBLM :	Institution Sans But Lucratif au service des Ménages
OCDE :	Organisation de Coopération et de Développement Economiques
OMD :	Objectif du Millénaire pour le Développement
OMS:	Organisation Mondiale de la Santé
PARI II:	Programme d'Appui Régional à l'Intégration phase II
UEMOA :	Union Economique et Monétaire Ouest Africaine
USAID:	United State Agency for International Development
SNIS :	Système Nationaux d'Informations Sanitaires

DEDICACE

Ce mémoire est dédié à toutes les personnes qui me sont chères, et qui ont œuvré pour mon bien être. Ces personnes ont toujours trouvé les mots justes pour m'encourager, me soutenir dans ce choix qui ne fut pas facile et me conseiller à mes moments difficiles. Elles ont tout mis à ma disposition pour ma réussite et mon épanouissement social parce qu'elles ont cru en mes compétences.

Je m'adresse plus particulièrement à :

Dieu tout puissant, qui me comble de grâce et m'assiste dans les épreuves.

Mes enfants Chris Irving, Grâce Jessica et Yoann Antoine. Je sais que mon absence a été difficile pour vous. Votre amour m'a permis de tenir durant les épreuves. Ce travail est le votre. Que Dieu vous bénisse et face de nous une famille unie.

Mon père, M. N'GBESSO Krebo et ma mère ACHI Chiayé, pour m'avoir donné la vie, pour vos conseils, votre soutien spirituel. Merci pour mes enfants. Que Dieu vous accorde longévité et santé afin que vous puissiez profiter du fruit de cette formation.

La famille Niango à Ouagadougou, la famille Cissé à Dakar, que Dieu vous rende au centuple la "teranga" que vous m'avez réservée. « *dieureudieuf yalna lène yalla faay!* »

Feue ma sœur Estelle N'GBESSO ta confiance en ma personne et le respect que tu m'as toujours témoigné m'ont aidé à relever ce défi. Je tacherai d'être une bonne mère pour les enfants. Paix à ton âme.

L'abbé Innocent Ouattara, merci pour tes prières et ton soutien dans toutes les épreuves.

Mes ami(e)s les plus intimes pour toute l'assistance multiforme dont j'ai bénéficié auprès de vous.

REMERCIEMENTS

Mes remerciements s'adressent tout spécialement M. Soumaïla CISSE, Président de la Commission de l'UEMOA et à Monsieur le Commissaire Rui Duarte BARROS, en charge du Département du Développement Social, qui m'ont accordé une bourse d'excellence et offert une opportunité de stage au Siège de la Commission.

Que soient particulièrement remerciés pour le temps qu'ils m'ont consacré au Département du Développement Social :

- Madame Néné TRAORE Directeur de Cabinet au Département du Développement Social [DDS] et Directrice de la Promotion de la Femme ;
- Monsieur Augustin NIANGO, Directeur de l'Enseignement Supérieur et de la Formation Professionnelle ;
- Le Docteur Corneille TRAORE, chargé de Santé au DDS ;
- Monsieur Gérard FOULON, Assistant Technique, ainsi que tout le personnel du Département du Développement Social.

Merci également à Dr El Hadji GUEYE, directeur du mémoire, pour son aide efficace et son soutien sans limite à l'initiative.

Que soit spécialement remercié M. Yann DERRIENNIC de Abt Associates Inc, responsable des Comptes Nationaux de la Santé du projet AWARE-RH/USAID, pour le temps qu'il m'a consacré et la fructueuse collaboration qui en ait découlé.

Que soient chaleureusement salués pour le temps et l'assistance technique qu'ils m'ont consacré :

- Madame Nathalie Van De MAELE, Chargée des Comptes Nationaux de la Santé au Département « Evidence and Information for Policy » de l'OMS à Genève
 - M. Abdoulaye DIOP, Directeur des statistiques et des Etudes Economiques au DPE de l'UEMOA ;
 - M Pascal BAZIN, chargé des Etudes et Statistiques Economiques au DPE de l'UEMOA;
 - Monsieur Romaric SOME, Chef de service de la Statistique à la Direction des Etudes et de la Planification du Ministère de la Santé du Burkina Faso ;
 - Monsieur Lassina PARE, Statisticien au Ministère de la santé du Burkina Faso.
- Ainsi que tout le personnel du Département du Développement Social de l'UEMOA.

TABLE DES MATIERES

SIGLES ET ABREVIATIONS	2
INTRODUCTION.....	9
I. PROBLEMATIQUE ET OBJECTIFS.....	11
1.2. Objectif général.....	14
1.3. Objectifs spécifiques.....	14
II- GENERALITES	16
2.1 Contexte General : L'espace UEMOA	16
2.1.1 Présentation de l'UEMOA.....	16
2.1.2. Réalisations de la Commission en matière de santé.....	17
2.2 Financement de la santé dans l'espace UEMOA	17
2.2.1. Définition des concepts	18
2.2.2. Les Sources de financements dans l'UEMOA.....	20
2.2.3. Les Agents de financement dans l'UEMOA.....	22
2.2.4 Les prestataires de soins dans l'UEMOA.....	26
III. REVUE DE LA LITTERATURE.....	31
IV. METHODOLOGIE	33
4.1 Cadre conceptuel d'évaluation des CNS	33
4.2. Evaluation des CNS	34
4.2.1. Stratégie de la recherche.....	34
4.2.2 Collecte des données.....	35
4.2.3 Présentation du guide d'entretien.	35
4.3 Analyse des données.	35
4.4. Limites et difficultés de l'étude	36
V. RESULTATS	38

5.1. Le cadre d'évaluation des CNS.....	38
5.2 Pratique des CNS dans l'Union.....	41
5.2.1 Exhaustivité des acteurs du financement	41
5.2.2 Complétude des tableaux.....	45
5.2.3 Déterminants de la complétude.....	61
VI- ANALYSE DES RESULTATS.....	62
6.1 Exhaustivité des acteurs du financement.....	62
6.1.1. Les Sources de financement.....	62
6.1.2. Les Agents de financements.....	63
6.1.3 Les Prestataires de soins.....	63
6.2. Complétude des tableaux.....	64
VII CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	68
7.1 .Conclusion	68
7.2 .Recommandations.....	69
ANNEXE 1 : Cadre d'évaluation des CNS.....	71
ANNEXE 2 : GUIDE D'ENTRETIEN.....	73
ANNEXE 3 : Résultats de l'étude.....	76
BIBLIOGRAPHIE	82
Tableau 1: Exhaustivité des Sources de financement	42
Tableau 2: Exhaustivité des Agents de financement.....	43
Tableau 3: Exhaustivité des Prestataires de soins	44
Tableau 4: Complétude Sources de financement par Agents de financement	46
Tableau 5: Tableau Source de financement par Agents de financement: CNS synthétique.....	71

Tableau 6: Tableau Agents de financement par Prestataires de soins: CNS synthétique.....	72
Tableau 7: Présence de données dans les tableaux FS x HF.....	76
Tableau 8: Présence de données dans les tableaux HF x HP.....	77
Tableau 9: Présence de données dans les tableaux HFxHP (suite).....	78
Tableau 10: Présence de données dans les tableaux HFxHP (suite).....	79
Tableau 11: Complétude des données par sources de financement : scores moyens dans l'Union.....	80
Tableau 12: Scores moyens des Agents de financement et des Prestataires de soins .	81

INTRODUCTION

La performance d'un système de santé dépend, entre autres, de sa capacité à générer des recettes et à les utiliser de manière équitable et efficace.

A cet effet, pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement relatifs à la santé et réaliser les objectifs nationaux de développement sanitaire, les systèmes de santé de la Région africaine se doivent d'intégrer plus d'équité dans le financement des services de santé et utilisent de manière plus efficiente les ressources disponibles, afin d'élargir la couverture en services de santé, notamment ceux qui ciblent les populations pauvres.

Il faut pour se faire, que les Etats utilisent régulièrement des outils leur permettant d'analyser efficacement le financement de leurs systèmes de soins.

Outil reconnu sur le plan international, les **Comptes Nationaux de la Santé (CNS)** servent à résumer, décrire et analyser le financement des systèmes de santé nationaux. Ils sont essentiels pour optimiser l'allocation des ressources dans le domaine de la santé.

Les CNS sont conçus spécifiquement pour aider les décideurs dans leurs efforts de compréhension de leur système de santé et d'amélioration de la performance du système par l'identification des causes d'inefficacités dans le système et le contrôle des dépenses de santé. L'utilisation de cet outil universellement reconnu permet aux décideurs de comparer la performance de leur système à celui d'autres pays.

Les CNS décrivent les principales dimensions des dépenses pour la santé en termes de catégories ayant des caractéristiques communes à savoir les dépenses nationales en matière de santé. Formatés à travers une série de tableaux standard, les CNS organisent, tabulent et présentent les données de la manière suivante :

Les dépenses de santé des Sources de financement par Agents de financement ;

Les dépenses de santé des Agents de financement par Prestataires de soins;

Les dépenses de santé des Prestataires de soins par Fonctions de soins ;

Les dépenses de santé des Agents de financement par Fonctions de soins.

Les pays sont donc invités instamment à institutionnaliser les Comptes Nationaux de Santé, afin de faciliter la planification, le suivi et l'évaluation du financement de leurs systèmes de santé [23].

En signant le Traité de l'UEMOA, le 10 janvier 1994, à Dakar, les chefs d'Etat de l'Union ont matérialisé la nécessité de favoriser le développement économique des Etats membres, grâce à l'harmonisation de leurs législations, à la convergence de leurs politiques économiques, à l'unification de leurs marchés intérieurs et à la mise en œuvre de politiques sectorielles communes dans les secteurs vitaux de leurs économies. Dans le protocole Additionnel N° II dudit Traité relatif au cadre de réalisation des politiques sectorielles communes, « l'Union s'engage à mettre en œuvre, de concert avec les organisations internationales ou régionales spécialisées, des actions communes en vue de l'amélioration du niveau de santé des populations ».

De ce fait la Commission de l'Union se doit d'agir en étroite collaboration avec L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et les autres partenaires pour l'institutionnalisation et la promotion d'un cadre harmonisé d'élaboration des comptes nationaux de la Santé dans les Etats membres de l'Union.

Nous nous proposons donc dans le cadre de notre stage au Département du Développement Social de la Commission de l'UEMOA, une étude pour évaluer l'élaboration des Comptes Nationaux de la Santé déjà réalisés par les Etats membres de l'UEMOA, à savoir ceux du Benin, du Burkina Faso, du Niger et du Mali.

I. PROBLEMATIQUE ET OBJECTIFS

1.1 Problématique

La disponibilité d'informations socio-économiques fiables et régulières, est indispensable à la planification et à la gestion des programmes de développement. Elles sont essentielles d'une part à l'identification des besoins des populations et des ressources nécessaires à leur satisfaction, et d'autre part à la conception de programmes efficaces, au suivi et à l'évaluation de leur impact.

Certes des avancées importantes ont été réalisées par l'Union Economique et Monétaire Ouest Africaine (UEMOA) en ce qui concerne la collecte et la diffusion des *informations économiques et commerciales*, mais *le manque de données sociales ou leur non diffusion* devient un problème crucial pour le pilotage des programmes sociaux que l'Union met en œuvre (éducation, emploi, santé, promotion de la femme et développement de la culture).

Le Département de Développement Social (DDS) de la Commission de l'UEMOA a donc entrepris dans le cadre du PARI II, de mettre en place d'un Système d'Information Régional sur les questions Sociales (SIRS) en vue de capter les évolutions significatives affectant les secteurs sociaux des Etats Membres.

Le volet santé du SIRS devra être en mesure de fournir les informations nécessaires pour la prise de décision ; de présenter dans l'espace et dans le temps le niveau de santé des populations, les performances enregistrées par rapport à certains problèmes de santé et les évolutions significatives affectant la santé des populations dans les Etats Membres, et de produire une synthèse régionale de ces données.

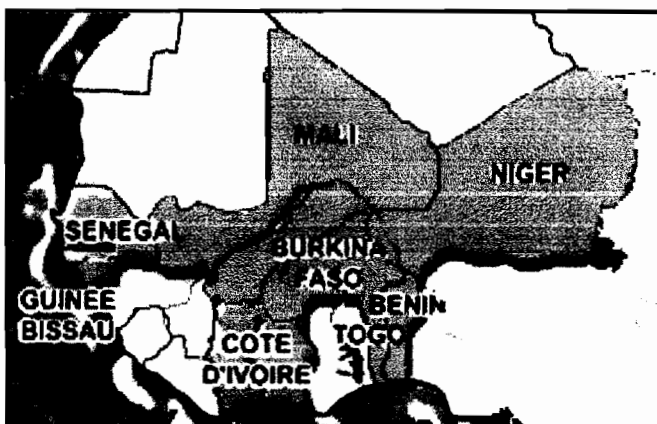
L'existence et l'efficacité d'un tel dispositif dépendra de la capacité des structures nationales à collecter les informations au niveau national et à les acheminer au niveau régional.

Cependant, force est de reconnaître que, malgré l'existence et l'évolution des Systèmes Nationaux d'Informations Sanitaires (SNIS) et d'alerte précoce dans les Etats Membres de l'Union, ceux ci restent confrontés à de nombreuses difficultés se traduisant généralement, tant au niveau national que régional, par un manque notable d'informations fiables, régulières et comparables, pourtant nécessaires à l'élaboration, au suivi et à l'évaluation de programmes nationaux ou communautaires de santé.

Plus spécifiquement, les données sur le financement de la santé bien qu'importantes pour évaluer l'utilisation actuelle des ressources allouées à la santé afin d'améliorer le système de financement des soins de santé des Etats, ne sont pas disponibles dans l'ensemble des Etats membres de l' Union.

En effet, l'élaboration des Comptes Nationaux de la Santé (CNS), outil principal de suivi du financement de la santé dans les Etats, n'a été entreprise que par cinq des huit Etats Membres de l'Union à savoir : le Bénin, le Burkina Faso, le Mali, le Niger et le Togo. Ces initiatives quoique louables restent à être améliorées.

Figure 1: Etats de l'Union ayant réalisé les CNS



Aussi, en vue d'une part de disposer d'informations correctes pour le volet santé du SIRS et d'autre part d'aider les Etats membres à une meilleure analyse de leurs dépenses de santé, le Département du Développement Social de la Commission a-t-il initié des réflexions en vue de favoriser l'institutionnalisation et la bonne pratique des CNS dans l'Union.

Une bonne pratique des CNS impose l'utilisation d'une méthodologie permettant d'objectiver efficacement les dépenses effectives de santé.

En effet, pour récapituler de manière pertinente leurs dépenses de santé, les Etats membres de l'Union se doivent d'utiliser une classification répondant aux critères suivants:

- *l'exclusivité mutuelle* : qui signifie que chaque transaction ne peut être enregistrée que dans une seule catégorie à la fois.

- *l'exhaustivité* : qui veut dire que chacune des transactions opérées entre les acteurs du financement de la santé doit être enregistrée dans une catégorie.

Des classifications non mutuellement exclusives font courir un risque de surestimation de la dépense nationale de santé, tandis que des classifications non exhaustives produisent des comptes qui ne couvrent pas l'ensemble de la dépense nationale de santé. [6]

Le respect de ces deux critères de classification est indispensable pour la réussite des Comptes Nationaux de la Santé.

En outre, pour mieux aider les politiques dans la prise de décisions éclairées, les tableaux des CNS doivent être *le plus complet possible* ; ce pour mieux informer sur l'ensemble des transactions effectuées entre tous les acteurs du financement du système de santé. D'où l'intérêt d'analyser *la complétude* des tableaux produits.

Alors que la condition d'*exhaustivité* et la *complétude* sont identifiables par l'analyse des des tableaux des CNS élaborés, le non respect de la condition d'*exclusivité mutuelle* ne peut être décelée que par l'analyse de la méthode d'estimation des dépenses de santé utilisée par les praticiens des CNS.

Dans un souci d'efficacité, cette étude, première étape d'une réflexion qu'entend mener le DDS en vue de favoriser le développement et l'institutionnalisation des CNS dans les Etats membres de l'Union, porte sur l'analyse de l'exhaustivité des acteurs du financement mentionnés dans les CNS et de la complétude des données sur les différents acteurs du système.

Compte tenu des rapports de CNS disponibles dans l'Union, notre étude « élaboration des CNS dans la zone UEMOA », sera orientée vers l'analyse de l'exhaustivité et de la complétude des tableaux « Sources de financement par Agents de financement » et « Agents de financement par Prestataires de soins ».

1.2. Objectif général

Evaluer l'élaboration des Comptes Nationaux de la Santé réalisés par quatre(04) Etats membres de l'UEMOA, à savoir le Benin, le Burkina Faso, le Niger et le Mali.

1.3. Objectifs spécifiques

Pour atteindre notre objectif général nous allons :

- construire un cadre conceptuel d'évaluation des Comptes Nationaux de la Santé de la zone UEMOA ;
- analyser l'exhaustivité des acteurs pris en compte dans l'élaboration des CNS dans chacun des quatre (04) Etats ;

- présenter le degré de complétude des tableaux des CNS élaborés dans chacun des quatre (04) Etats;
- présenter les déterminants du niveau de complétude des tableaux des CNS.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

II- GENERALITES

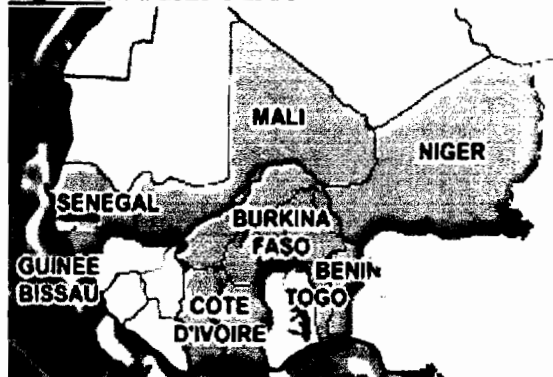
2.1 Contexte General : L'espace UEMOA

Dans le contexte général de notre étude nous présenterons d'abord brièvement l'UEMOA, ses limites géographiques et ses objectifs, puis nous évoquerons les actions de l'Union sur les questions de santé.

2.1.1 Présentation de l'UEMOA

L'Union Economique et Monétaire Ouest Africaine (UEMOA), instituée par le traité du 10 janvier 1994 en remplacement de l'Union Monétaire Ouest Africaine (UMOA) créée en 1962, regroupe huit pays de l'Afrique de l'Ouest : Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Guinée Bissau¹, Mali, Niger, Sénégal, Togo.

Figure 1: La zone UEMOA



En vue de l'intégration économique de ses huit Etats membres, l'UEMOA s'est assignée, par son Traité constitutif, cinq (05) objectifs principaux :

- le renforcement de la compétitivité des activités économiques et financières des Etats ;
- la convergence des performances et des politiques économiques des Etats, par l'institution d'une procédure de surveillance multilatérale ;
- la création d'un marché commun basé sur la libre circulation des personnes, des biens, des services, des capitaux et le droit d'établissement ainsi que sur un tarif extérieur commun et une politique commerciale commune;

¹ La Guinée Bissau y a adhéré en 1997

- la coordination des politiques sectorielles nationales, par la mise en œuvre d'actions communes et éventuellement de politiques communes dans les principaux domaines de l'activité économique :
- l'harmonisation des législations des Etats membres dans la mesure nécessaire au bon fonctionnement du marché commun.

2.1.2. Réalisations de la Commission en matière de santé

Dans le cadre la mise en œuvre de politiques sectorielles communes, l'UEMOA intervient dans le domaine de la santé. Ces interventions de la Commission de l'Union sont à portée communautaire et de *nature réglementaire*.

L'essentiel de l'effort de la Commission dans le domaine de la santé a porté sur le médicament et l'amélioration de l'information sanitaire.

En effet, grâce à l'action de la Commission de l'Union, on a assisté à la suppression dans les Etats Membres des taxes à l'importation sur les médicaments, consommables et équipements médicaux. Cette mesure a permis de voir le coût de ces produits diminuer de 25 à 40%.

Par ailleurs d'autres actions sont initiées par l'Union notamment sur l'amélioration de l'information sanitaire, la lutte contre le VIH-SIDA, la libre circulation avec droit d'établissement des personnels de santé et le financement de la santé.

2.2 Financement de la santé dans l'espace UEMOA

La classification proposée par le « Guide pour l'élaboration des CNS » OMS a été conçue de manière à être compatible avec les classifications et les pratiques

existant au niveau international. De ce fait, il s'avère trop vaste pour nous permettre une analyse spécifique des CNS élaborées par les Etats Membres de l'Union.

Cependant, la CICS jouit d'une certaine flexibilité car elle permet d'intégrer les spécificités des systèmes de santé nationaux par l'aménagement de sous catégories après les deux premiers chiffres retenus au niveau international.

Une intégration efficace des spécificités des systèmes de santé de l'Union dans la CICS, nécessite une prise en compte de l'ensemble des acteurs du financement intervenant dans l'espace UEMOA.

Nous nous proposons donc, de repérer sur la base de la classification de l'OMS [6], les documents administratifs et diverses publications, les champs pertinents, reflétant au mieux la situation qui prévaut dans les Etats Membres de l'Union.

Il s'agit de répertorier à partir d'une revue documentaire, les sources et agents de financement, les prestataires de soins opérant dans les Etats membres de l'Union.

Il faudrait alors, bien avant toute chose, une définition des différents concepts relatifs notre sujet.

2.2.1. Définition des concepts

Sur la base du guide pour l'élaboration des CNS, nous définirons d'abord le concept de CNS ensuite celui d'acteurs du financement de la santé.

Les Comptes Nationaux de Santé

Les CNS sont un ensemble de tableaux, qui présentent les différents aspects des dépenses de santé d'un pays. Par le suivi du flux des fonds d'un acteur de santé à un autre (Cf. figure 2), ils permettent d'estimer les dépenses de santé totales d'un pays, pouvant être spécifiées entres autres en dépenses publiques, privées ou des donateurs.

Ils sont principalement utilisés par les décideurs politiques des systèmes de santé et les managers qui utilisent les données des comptes nationaux de santé dans leurs efforts pour améliorer les résultats et le management des systèmes de santé.

Les données des CNS sont organisées sous quatre principaux tableaux à savoir :

- Les dépenses de santé par Source de financement et par type d'Agent de financement ;
- Les dépenses de santé par Agents de financement et par prestataires ;
- Les dépenses de santé par type de Prestataire et par type de Fonction ;
- Les dépenses de santé par type d'Agent de financement et par type de Fonction.

Chaque tableau des CNS présente les flux de fonds entre deux entités. L'une de ces entités peut être considérée comme "l'origine" des fonds et la deuxième comme "l'utilisation" de ces fonds. Par convention, la dimension "origine" est présentée en colonnes du tableau et la dimension "utilisation" en lignes. En suivant cette règle, chaque cellule du tableau indique le montant des ressources utilisées pour la catégorie i des lignes "utilisation" par la catégorie j des colonnes "origine" (dépensé par j en i) comme présenté au tableau.

La méthodologie des comptes nationaux de santé adopte les principes de base de la comptabilité de la santé du système des comptes nationaux de santé de l'OCDE. Cette une classification internationale du système des comptes nationaux de santé, qui classe par catégorie chaque type de dépense de santé. Cependant, une flexibilité est accordée dans la pratique des CNS, permettant d'adapter les dépenses des systèmes de santé à la spécificité de leur contexte tout en suivant les recommandations du guide.

Les Acteurs du financement de la santé

Selon la classification recommandée par le guide d'élaboration des CNS, on distingue trois principales catégories d'acteur du financement de la santé.

- **Les sources de financement**: organisations ou entités qui fournissent les fonds utilisés dans le système par les agents de financement;
- **Les agents de financement**: organisations ou entités qui canalisent les fonds fournis par les sources de financement et les utilisent pour payer ou acheter les activités comprises dans le champ délimité des comptes de la santé;
- **Les prestataires de soins** : entités qui reçoivent de l'argent en échange de quoi ils ont réalisé ou prévoient de réaliser un ensemble d'activités comprises dans le champ délimité des comptes de la santé. [6]

2.2.2. Les Sources de financements dans l'UEMOA

L'analyse des sources de financement revient à aborder la question de ceux qui apportent des ressources aux agents de financement. Toutefois, cette démarche qui consiste à « remonter » les flux pour analyser le financement des financeurs, peut paraître sans fin, puisque d'une part tout agent économique est financé et d'autre part le processus est circulaire (les entreprises financent les ménages (salaires) et les ménages financent les entreprises (achats) : cela renvoie à la notion de « circuit économique² ». Dans le cadre de cette étude, on ne s'interrogera pas sur le financement des sources de financement.

² La logique du circuit économique pourrait nous faire remonter indéfiniment de sources en sources : les ménages sont financés par les entreprises (salaires ou achats de leur production) ou d'autres ménages (ventes directes), les entreprises sont financées par les ménages (ventes), etc.

Les fonds pour le financement du secteur de la santé dans les Etats Membres de l'Union proviennent aussi bien de sources internes, externes, privées que publiques.

Les sources internes publiques sont constituées des fonds publics des Etats. Dans cette catégorie, figurent les fonds provenant des revenus de l'administration centrale. Il s'agit de la part du budget de l'Etat qui alimente le budget du ministère de la santé mais aussi les budgets des autres ministères qui interviennent dans les soins de santé [33]. Ces fonds constituent les impôts assignés à la santé mais collectés en tant que valeur ajoutée, revenu ou taxes foncières par l'administration centrale.

A ces fonds, s'ajoute comme autre source de financement, les fonds provenant des revenus des administrations décentralisées. Dans l'Union les administrations décentralisées sont en général : les régions, les districts, les cercles, les communes urbaines et les communes rurales [20].

Outre ces fonds de l'administration publique, le secteur de la santé dans la plupart des Etats Membres de l'Union bénéficie des fonds provenant l'IPPTE [9]. Il s'agit de fonds destinés au remboursement de la dette extérieure mais qui sont rétrocédés aux Etats pour le financement spécifique des secteurs sociaux dont la santé. Tous les Etats Membres de l'Union sont éligibles pour bénéficier de l'aide au titre de l'initiative PTE, cependant il n'y a que cinq Etats qui en bénéficient effectivement ; ce sont: le Bénin, le Burkina, le Mali, le Niger et le Sénégal ; les autres Etats n'ayant pas encore atteint le point d'achèvement [12].

En ce qui concerne les sources internes privées de financement de la santé dans l'Union, ils proviennent aussi bien des fonds des employeurs, des ménages que des institutions sans but lucratif au service des ménages (ONG et fondations). [13] [8].

Les fonds servant au financement de la santé dans l'Union proviennent aussi d'unités institutionnelles non résidentes. Il s'agit des coopérations bilatérales ou multilatérales, des organismes internationaux [9] ou des nationaux vivant à l'étranger. En effet, en 2005, les pays d'Afrique subsaharienne comptaient près de seize (16) millions d'émigrés apportant leurs contributions au sous-continent par le rapatriements des salaires [26]. Ces fonds provenant de l'étranger se retrouvent soit directement dans les fonds des ménages ou dans les fonds des institutions sans but lucratif au service des ménages.

2.2.3. Les Agents de financement dans l'UEMOA

Cette catégorie d'acteurs du financement de la santé regroupe les institutions et les entités qui payent ou achètent des soins de santé [6].

Dans la zone UEMOA les différents agents de financement du secteur public sont: l'administration publique et le régime d'assurance des fonctionnaires.

Les administrations décentralisées et l'administration centrale constituent les agents financement de l'administration publique. En ce qui concerne l'administration centrale, outre le ministère de la santé, d'autres ministères interviennent en tant qu'agents de financement. Il s'agit essentiellement du ministère de l'éducation, de la défense et des affaires sociales.

Les administrations de sécurité sociale n'existent pas dans l'Union. Cependant, il existe des dispositifs pour certaines couches de la population dont : les fonctionnaires et agents de l'Etat et les salariés conformément au code du travail.

L'ensemble des Etats membres disposent d'un régime d'assurances pour les travailleurs du privé conformément aux dispositions du code du travail en rigueur dans chaque Etat, avec des dénominations sont diverses : « Caisse Nationale de

Sécurité Sociale » pour le Bénin, le Burkina, et le Niger ; « Caisse nationale de prévoyance sociale » pour la Côte d'Ivoire ; « Caisse de Sécurité Sociale » et « Institut de Prévoyance Retraite du Sénégal » pour le Sénégal et « Institut national de prévoyance sociale » pour la Guinée Bissau et le Mali.[3]

Financées par les cotisations des employeurs et celles des employés, les caisses ont les branches suivantes : prestations familiales ; pensions et risques professionnels. Les dépenses de santé de ces caisses concernent essentiellement les accidents et les maladies professionnels. Cependant, exception est faite au Sénégal avec l'existence des Institutions de Prévoyance Maladie (au delà des accidents et maladies professionnelles) pour la prise en charge partielle des frais des actes et examens médicaux, des frais d'optique et de médicaments des travailleurs du privés et leurs ayants droit [29].

Un régime d'assurance maladie des fonctionnaires supposerait une unité institutionnelle avec des fonds séparément constitués, réunis à partir de cotisation de l'Etat et des fonctionnaires, s'engageant dans des opérations financières.

A l'exception de la Côte d'Ivoire, les fonctionnaires et agents de la fonction publique des Etats Membres de l'Union n'ont pas de régime d'assurance. Les autres Etats Membres, le plus souvent, créent un régime non contributif couvrant partiellement les coûts des actes et examens médicaux dans les structures publiques pour les fonctionnaires et agents de l'Etat et leurs ayants droit [13] [18] [14] [27].

Les entreprises privées et parapubliques ont conformément au code du travail, obligation d'assurer une couverture sanitaire au travailleur. La couverture des soins de leurs employés est variable en fonctions de leur capacité financières. En effet certaines entreprises offrent de bons systèmes médicaux sociaux et d'autres pas du tout. Leurs actions vont du financement de leurs propres infirmeries ou des

infirmières interentreprises aux conventions avec des cabinets médicaux privés ou encore, au remboursement de tout ou partie des ordonnances et des frais d'hospitalisation [13]. Ils couvrent les visites médicales annuelles des travailleurs, les accidents de travail, les maladies professionnelles et autres maladies en général [8], et aussi les soins des ayants droit.

En dehors de ces régimes obligatoires, des mécanismes volontaires existent pour le financement de la santé dans l'Union.

Les assurances privées occupent une part non négligeable en matière de couverture du risque maladie dans les pays de la zone UEMOA. Cependant la part des assurances privées dans le dispositif global de couverture du risque est peu significative en raison du coût très élevé des produits développés. La clientèle ne concerne malheureusement qu'une minorité de privilégiés, capable de s'acquitter du paiement de primes au taux prohibitif pour le grand public. Il s'agit en général des salariés des grandes entreprises et des syndicats ou groupements professionnels des personnels publics et parapublics.

Les compagnies d'assurances privées ont des conventions avec les structures prestataires de soins et proposent à l'ensemble des personnes couvertes, une prise en charge totale ou partielle des frais liés aux soins de santé [5].

Pour faciliter l'accès des ménages à faible revenus à une assurance privée dans les pays en développement, le secteur de la santé a vu naître les systèmes d'assurance maladie sociale [11].

Dans la région, les systèmes d'assurance maladie sociale sont constitués à 90% des mutuelles, les autres étant des caisses de solidarités. [27]

Les mutuelles de santé ont fait leur apparition en Afrique au milieu des années quatre vingt. La première initiative dans la zone UEMOA a été celle de « Fandène »

dans la Région de Thiès au Sénégal. Depuis lors le mouvement mutualiste s'est répandu dans la quasi-totalité³ des Etats Membres avec un rythme différent d'un Etat à l'autre [27]. Cependant ces mutuelles disposent encore d'un fort potentiel pour s'étendre et participer davantage aux activités du secteur de la santé [4]. Elles puisent leurs ressources des cotisations des ménages. En général le niveau de la cotisation reste abordable, environ 500 FCFA (moins 1 \$US) par famille et par mois dans 60% des cas. Elles offrent à leurs bénéficiaires des prestations avec tiers payants chez des prestataires conventionnés [27].

Les partenaires tels que les ONG intervenant dans le secteur de la santé et les organismes internationaux, jouent aussi un rôle important dans l'émergence et le développement des organisations mutualistes, en leur fournissant une assistance technique notamment dans le développement des techniques de mise en place et de gestion des mutuelles [4].

Outre le soutien au développement des mutuelles, les Organisations Non Gouvernementales nationales et les organismes internationaux contribuent également au financement d'autres activités de santé. En effet, ces entités mobilisent dans le cadre des relations bilatérales et multilatérales, ou grâce à la contribution financière de certains ménages, des ressources pour financer la santé. Quelles soient confessionnelles ou non, ces institutions à but non lucratif au service des ménages et les organismes internationaux orientent en priorité leur financement vers les groupes vulnérables et [13] les problèmes de santé publique.

En dehors de toutes ces catégories, on note la participation des usagers des structures sanitaires au financement de leur santé. Ils le font à travers plusieurs mécanismes. On assiste au paiement direct des ménages dans le recouvrement des

³ Absence d'information sur la Guinée Bissau

coûts dans les structures publiques et privées. Il peut s'agir de paiement total ou de co-paiement des coûts des prestations.

Les ménages déboursent aussi de l'argent dans le cadre du pré-paiement des soins de santé. Ce pré-paiement peut être fait à titre cotisation dans les mutuelles de santé ou dans les régimes d'assurances de travailleurs ou encore à titre de versement de prime dans les polices d'assurances privées. [28]

Outre le financement de leurs soins de santé, certains ménages aident à la prise en charge des groupes vulnérables par le biais d'apport financier aux institutions sans but lucratifs au service des ménages.

2.2.4 Les prestataires de soins dans l'UEMOA

Plusieurs prestataires interviennent dans l'offre de soins dans les Etats Membres de l'Union. Dans cette partie de la revue documentaire, il s'agira de repertorier dans l'espace UEMOA, les entités qui participent à la production de biens, de services, ou d'activités sanitaires.

On peut distinguer globalement dans la zone, deux grands types de prestataires de soins médicaux : les prestataires de soins hospitaliers et ceux de soins ambulatoires.

Bien que fournissant tous des soins hospitaliers, les hôpitaux peuvent être classés en plusieurs catégories selon qu'ils sont généraux ou spécialisés, privés ou publics, sous tutelle du ministère de la santé ou non.

Les hôpitaux généraux dépendant du ministère de la santé publique, avec des dénominations plus ou moins variables d'un Etat à l'autre, s'articulent autour de trois niveaux :

Au niveau périphérique, on a les hôpitaux de première référence. Ils prennent plusieurs appellations selon les Etats : Hôpital de District (Côte d'Ivoire, Togo, Niger) [31] [21], Hôpital de Zone (Bénin) [7], Centre de Santé de Référence (Mali) [16], Centre de Santé (Sénégal) [24], Centre Médical avec Antenne chirurgicale (Burkina Faso) [13].

Les hôpitaux de deuxième référence constituent le niveau intermédiaire. Ces hôpitaux ont des dénominations variables, allant des Centres Hospitaliers Régionaux ou Hôpitaux Régionaux (Burkina, Côte d'Ivoire, Guinée Bissau⁴, Togo, Sénégal, Mali) [13] [25] [24] [19] au les Centres Hospitaliers Départementaux ou Hôpitaux départementaux (Bénin, Niger, Sénégal) [17] [21] [24].

Les hôpitaux au sommet de la pyramide sanitaire sont constitués par les Hôpitaux Nationaux (Guinée Bissau, Niger) [25] [21] ou le plus souvent par des Centres Hospitaliers Universitaires (Burkina Faso, Bénin, Côte d'Ivoire, Mali, Togo, Sénégal). [13] [17] [31] [24].

A côté de ces structures hospitalières relevant du ministère de la santé publique, on note l'intervention d'autres prestataires de soins hospitaliers. Il s'agit en général des hôpitaux généraux relevant d'autres ministères (tel que le ministère de la défense) , d'entité à but non lucratif (les hôpitaux confessionnels, les hôpitaux d'ONG...) ou d'entité à but lucratifs (cliniques, polycliniques).

On note aussi dans la zone UEMOA, l'intervention de prestataires de soins hospitaliers, s'occupant de la prise en charge de pathologies spécifiques : les hôpitaux spécialisés. La classification du guide d'élaboration des CNS les reparti en deux sous catégories à savoir les hôpitaux psychiatriques et les autres hôpitaux spécialisés.

⁴ En Guinée Bissau, les hôpitaux régionaux constituent le premier niveau de référence. [OMS/AFRO, Profils Sanitaires des Pays : Guinée-Bissau, 2001]

La quasi-totalité des Etats Membres de l'Union disposent d'hôpitaux psychiâtriques (Côte d'Ivoire, Mali, Sénégal, Togo) ou centres psychiatriques (Bénin, Guinée Bissau). Ce sont des hôpitaux relevant du Ministère de la Santé Publique. Dans les autres Etats Membres (Burkina, Niger), la prise en charge des malades mentaux se fait dans un service de psychiatrie intégré à un hôpital national.

Les autres hôpitaux spécialisés s'occupent essentiellement de la prise en charge de maladies endémiques (la lèpre, de la tuberculose), de groupes vulnérables (maladies de l'enfant, santé de la reproduction) ou de réhabilitation physique. Ce sont des hôpitaux relevant soit du Ministère de la Santé Publique, soit d'entités à but non lucratif (hôpitaux confessionnels, hôpitaux d'institutions à but non lucratif au service des ménages).

L'offre de soins ambulatoires dans l'espace UEMOA est caractérisée par, selon leurs statuts, plusieurs catégories de prestataires.

Dans le cadre du développement du service public de santé, on note l'intervention de centres de santé relevant du ministère de la santé ou d'autres entités.

Les centres de santé du Ministère de la santé Publique se retrouvent au niveau périphérique de la pyramide sanitaire, mais avec des dénominations différentes d'un Etat à l'autre. Ainsi donc on retrouve les Unités villageoises de santé ou cases de santé en Côte d'Ivoire , les Centres de Santé d'Arrondissement et les Centres de Santé de Commune au Bénin [17] ; les Centres de Santé et de Promotion Sociale et les Centres Médicaux au Burkina [13]; les Centres de santé Urbains et les Centres de Santé Ruraux en Côte d'Ivoire)[2] ; les Postes de Santé et les Centres de Santé en Guinée Bissau[15] ; les Centres de Santé d'Arrondissement Revitalisés et les Centres d'Arrondissement non revitalisés au Mali [16], les Centres de Santé Intégrés de

type 1⁵ et les Centres de Santé Intégrés de type 2⁶ au Niger ; les Maternités rurales et les de Postes de Santé au Sénégal [29] ; les Unités de Soins Périphériques de Promotion et les Centres de Promotion Maternelle et Infantile au Togo[32].

Quant aux prestataires de soins ambulatoires ne relevant pas du Ministère de la Santé Publique, on distingue en fonction de leurs organisations tutélaires, les centres de santé relevant des autres ministères. Il s'agit des services de santé des armées et ceux du Ministère de l'Éducation ; les services médicaux d'entreprises privées ou parapubliques et ceux des caisses de sécurité sociale [13] [17] [31] qui s'inscrivent principalement dans une logique de santé du travailleur ; les cases de santé , les Unités Sanitaires de base e, les centres de santé communautaire, et les centres de santé des institution a but non lucratif. Cette dernière catégorie est constituées des centres de santé confessionnels, des centres de santé d'ONG et des coopérations internationales [13] ; ils s'inscrivent dans une logique d'aide aux démunis et aux personnes vulnérables.

A côté du service public de santé, on note l'intervention de prestataires s'inscrivant dans le cadre du développement de l'économie de marché. Cette catégorie est constituée par les cabinets de médecins, les cabinets de chirurgiens dentistes et les infirmeries privées.

Outres ces prestataires, les centres nationaux de transfusion sanguine et les laboratoires d'analyses interviennent dans l'offre de soins ambulatoires.

Recours primaire avant l'implantation de la médecine « moderne », la médecine traditionnelle assurait la couverture des besoins sanitaires des communautés avant la période coloniale. Aujourd'hui encore elle reste présente dans l'offre de soins des pays africains. L'OMS estime que plus de 80 % de la population a encore recours à la

⁵ Il s'agit des Centres de Santé Intégrés sans maternité

⁶ Il s'agit des Centres de Santé Intégrés avec maternité

médecine et à la pharmacopée traditionnelles. De même, une étude commandée par la Banque Mondiale estimait, seulement pour le Burkina Faso, à plus de *dix (10) milliards* le chiffre d'affaires annuel des vendeurs de plantes médicinales [10].

Les fonds destinés aux soins de santé sont aussi utilisés par les fournisseurs de biens médicaux. Dans cette catégorie on retrouve les dépenses effectuées auprès des pharmacies, des établissements de lunetterie et de prothèses. Cependant il faut souligner une pratique largement répandue dans les Etats Membres de l'Union : les dépenses pour l'achat de médicaments dans le secteur informel communément appelés « médicaments de la rue ».

En plus des activités curatives, les fonds destinés aux soins de santé sont aussi utilisés pour des actions de prévention et de santé publique, et par structures qui soutiennent l'activité sanitaire. Les Etats membres de l'Union disposent de plusieurs structures permettant en amont les activités sanitaires. Il s'agit notamment des établissements de formation du personnel médical et paramédical, des laboratoires de contrôle qualité et des instituts de recherche.

A l'issue de cette revue documentaire, nous pouvons retenir que malgré la diversité des acteurs qui interviennent dans les systèmes de santé des pays de l'Union, ces derniers restent globalement similaires. De ce fait nous pourrions aisément construire un cadre d'analyse unique des différents Comptes Nationaux de la santé élaborés par les Etats Membres de l'Union.

III. REVUE DE LA LITTERATURE

Les Etats membres de la zone UEMOA étant des pays en développement, nous allons dans cette partie de notre étude nous intéresser aux études réalisées sur les CNS de pays similaires afin de nous en inspirer pour bâtir une méthodologie qui nous permettra d'atteindre les objectifs de l'étude.

A.K. NANDAKURMA et Al. (2004) [22], ont réalisé une analyse comparative des dépenses de santé dans vingt six (26) pays à faible et moyen revenus regroupés par réseaux régionaux de CNS à savoir : le réseau des pays d'Afrique de l'Est et du Sud ; le réseau des pays du moyen orient et de l'Afrique du Nord, et le réseau des pays d'Amérique Latine et des Caraïbes.

Les auteurs ont entrepris, à partir les rapports de CNS les plus récents produits par les différents pays et les définitions contenues dans le Guide pour l'élaboration des Comptes Nationaux de la Santé deux niveaux de comparaison : une comparaison au sein d'un même réseau, et une autre entre les réseaux.

L'analyse des dépenses de santé par Sources de financement a pris en compte les dépenses de toutes les entités appartenant à cette catégorie. Il s'agit des dépenses du secteur public, des dépenses du secteur privé et celles des partenaires.

Une analyse par prestataires de service a été aussi faite. Cependant, à cause de la diversité des classifications utilisées, les auteurs ont choisi de regrouper les prestataires de soins en quatre catégories : les hôpitaux, les prestataires de soins ambulatoires, les pharmacies et la rubrique « autres ».

En outre, la nature des données disponibles dans les rapports de CNS des pays, n'a pu permettre une analyse des dépenses de santé par Fonctions.

L'étude révèle deux défis majeurs à relever pour la comparabilité des CNS entre Etats: la disponibilité des données et l'utilisation d'un cadre harmonisé. Sur ce dernier point, les auteurs ont recommandé l'adoption dans la classification de sous

catégories qui reflètent les spécificités des systèmes de santé des Etats tout en respectant le cadre général des CICS, garant de la comparabilité des CNS. La prise en compte des spécificités dans le respect du cadre général des CNS, permettra la capture de toute les dépenses de santé et leur affectation dans les catégories adéquates.

SUSNA et Al. (2003) [30], ont mené une étude sur l'utilisation des résultats des CNS pour la définition des politiques de santé dans vingt (20) pays à faible et moyen revenus. Cette étude avait entre autres objectifs spécifiques, l'identification les raisons de la non utilisation des résultats des CNS pour la définition de politique de santé.

La méthodologie utilisée par les auteurs en vue d'objectiver les déterminants de la non utilisation des résultats des CNS dans la définition des politiques de santé, a été réalisée par des interviews auprès des membres des équipes techniques pays.

Cette technique pourra être aussi utilisée dans notre étude pour l'objectivation des déterminants du niveau de complétude des tableaux des CNS.

De cette revue de littérature, nous retenons les éléments suivants pour l'élaboration de la méthodologie de notre étude :

- l'utilisation des rapports de CNS les plus récents produits par les Etats membres de la zone UEMOA
- l'intégration dans la CICS des spécificités des systèmes de santé de l'Union tout en respectant le cadre général de la CICS et les définitions du Guide pour l'élaboration des Comptes Nationaux de la Santé:
- l'utilisation de l'interview auprès des membres des différentes équipes techniques nationales des CNS.

IV. METHODOLOGIE

Ce chapitre concerne la stratégie de la recherche qui nous permettra d'une part d'élaborer le cadre conceptuel d'évaluation des CNS et d'autre part de confronter les CNS réalisés au cadre conceptuel.

4.1 Cadre conceptuel d'évaluation des CNS

L'objectif de cette étude étant d'évaluer la qualité des CNS sous l'angle de l'exhaustivité des acteurs et de la complétude des tableaux, il nous faut donc utilisé un instrument de collect capable de faire capter les points forts et les lacunes dans la pratique des CNS au niveau communautaire.

Nous avons donc opté pour la création d'un CNS synthétique, qui constituera notre cadre d'évaluation des CNS.

Le CNS synthétique est à la fois un instrument de collecte d'information sur les pratiques communautaires en matière de CNS, et aussi un cadre d'analyse. Cette démarche est fondée sur une l'hypothèse principale :

Hypothèse : l'ensemble des huit (8) Etats membres de l'Union forme un seul Etat dont il faut élaborer les Comptes Nationaux de la Santé ; Ce que nous dénommons « Comptes Nationaux de la Santé synthétique ».

Sur cette base, nous avons, tenant compte d'une part des différents acteurs du système de santé de l'Union répertoriés à partir de la revue documentaires, d'autre part des recommandation du guide d'élaboration des CNS, nous avons retenus et classer les

Figure 3: Illustration de l'hypothèse des CNS synthétique



différentes entités devant figurer dans le « Comptes Nationaux de la Santé synthétique».

4.2. Evaluation des CNS

Il s'agit de confronter les tableaux « Sources de financement par Agents de financement » et « Agents de financement par prestataires » réalisés par le Bénin, le Burkina Faso, le Niger et le Mali, avec le cadre conceptuel.

4.2.1. Stratégie de la recherche

Notre recherche est une étude descriptive de nature rétrospective qui se déroule au niveau de quatre Etats Membres de l'Union. Il s'agit du Bénin, du Burkina Faso, du Mali et du Niger.

L'analyse va concerner les Comptes Nationaux de la Santé élaborés pour les années 2003⁷ et 2004⁸ par lesdits Etats membres. Plus précisément l'analyse des données sur d'une part le flux entre les Sources de financement vers les Agents de financement et d'autre part celui des Agents de financement vers les prestataires de soins.

En effet, sur les quatre tableaux recommandés pour l'analyse des flux dans le secteur de la santé, la majorité des rapports disponibles (3/4) n'en présente que deux. Il s'agit du tableau "Sources de financement par Agents de financement" et du tableau "Agents de financement par Prestataires de soins".

⁷ Bénin, Burkina

⁸ Mali, Niger.

4.2.2 Collecte des données.

Deux sources d'informations seront utilisés pour la collecte des données de cette étude. Il s'agit des rapports de CNS réalisés et de l'enquête auprès de la Direction des Etudes et de la Planification du Ministère de la santé du Burkina Faso.

La première phase de l'étude consistera à remplir les tableaux du « Compte National de la Santé synthétique » sur la base des valeurs contenues dans les rapports des CNS 2003 du Benin, CNS 2003 du Burkina Faso, CNS 2004 du Mali et CNS 2004 du Niger,.

L'adoption de cette approche. a pour but de déterminer les points communs, les différences entre approches et les lacunes en informations.

La seconde phase de l'enquête consistera à la suggestion d'un guide d'entretien à deux praticiens des CNS au Burkina. Il s'agit du chef du service de la planification et d'un statisticien du Ministère de la santé du Burkina Faso. Cette phase qui s'est déroulée du 09/10/2006 au 12/10/2006 vise à mieux comprendre les éléments non explicites dans les différents rapports sur les CNS.

4.2.3 Présentation du guide d'entretien.

Le guide d'entretien (voir annexe) qui a été utilisé pour mener l'interview auprès des personnes ressources comprend les sections suivantes :

- Section 1 : l'exhaustivité des entités.
- Section 2 : la complétude des données.

4.3 Analyse des données.

L'analyse des CNS élaborés dans l'espace UEMOA sera réalisée en deux temps par des stratégies d'analyses différentes.

La première étape visera à apprécier dans le cadre d'une utilisation communautaire des données, l'exhaustivité et le niveau de complétude des CNS élaborés.

L'exhaustivité revient à analyser si les acteurs du financement présentés dans les tableaux permettent de renseigner l'ensemble des flux financiers entre tous les acteurs du système de santé de chaque Etat.

Le niveau de complétude revient d'une part à présenter le pourcentage d'informations donné par les différents exercices des CNS et d'autre part à identifier le niveau de besoin d'informations et les acteurs concernés.

La seconde étape consistera à identifier les facteurs explicatifs du niveau de complétude des CNS.

Les données collectées seront de deux (02) types : des données quantitatives et des données qualitatives.

Les données quantitatives sont les données issues des différents CNS produits dans l'Union. Leur saisie se fera à partir du logiciel Excel selon le cadre défini par le « Compte National de la santé synthétique ». La base de données Excel permettra à partir de tableaux croisés dynamiques d'analyser l'exhaustivité et la complétude des différents CNS élaborés.

Quant aux données qualitatives, elles proviennent des entretiens. Elles seront traitées par une analyse de contenu.

4.4. Limites et difficultés de l'étude

Compte tenu des moyens financiers insuffisants et surtout du temps limité, l'entretien avec les praticiens nationaux des CNS s'est consacré uniquement à ceux du Burkina. Les informations relatives aux déterminants du niveau de complétude des tableaux des CNS, ne concernent donc que le Burkina Faso.

Aussi, faut-il souligner que notre étude ne s'intéresse qu'à la présence ou à l'absence de données sur les flux financiers entre les différents acteurs du système de santé. Elle ne concerne nullement la qualité des informations contenues dans les tableaux réalisés par les Etats.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

V. RESULTATS

Dans ce chapitre nous présenterons dans un premier temps le cadre conceptuel élaboré pour l'analyse des CNS, ensuite les résultats de l'évaluation des CNS.

5.1. Le cadre d'évaluation des CNS

L'intégration des spécificités des systèmes de santé des Etats membres de l'Union au cadre général recommandé dans le « Guide pour l'élaboration des CNS », a permis de construire un cadre d'évaluation de l'exhaustivité des acteurs du financement et de la complétude des tableaux des CNS réalisés dans l'Union. conçu sur la base du « Compte Communautaire de la santé » théorique, et utilisé pour la collecte des données sont composés des éléments suivants:

Ce cadre d'évaluation est constitué de deux (02) matrices qui permettent de capter respectivement les flux financiers entre d'une part les Sources de financement et les Agents de financement, et d'autre part les Agents de financement et les Prestataires de soins(voir annexe).

Les acteurs du financement pris en compte dans la définition du cadre d'évaluation sont les suivants :

Sources de financement :

FS 1.1.1 Revenus de l'administration centrale

FS 1.1.2 Revenus des administrations décentralisées

FS 1.2 Autres fonds publics : Fonds de l'IPPTE

FS 2.1 Fonds des employeurs

FS 2.2 Fonds des ménages

FS 2.3 Fonds des institutions à but non lucratif au service des ménages

FS 3 Fonds du Reste Du Monde

FS 9 Fonds non spécifiés

Agents de financement :

HF 1.1.1.1 Ministère de la santé

HF 1.1.1.2 Autres ministères

HF 1.1.3 Administrations décentralisées

HF 2.1.1 Régimes d'assurance maladie des fonctionnaires

HF 2.1.2 CNSS/ CNPS/ INPS/ IMP

HF 2.1.3 Mutuelles de santé

HF 2.2 Sociétés d'assurance privées

HF 2.3 Paiement direct des ménages

HF 2.4 ONG

HF 2.5 Sociétés (hors assurance)

HF 3 Reste Du Monde

HF 9 Agents de financements non spécifiés

Prestataires de soins :

HP 1.1.1.1 Hôpitaux généraux public du ministère de la santé

HP 1.1.1.2 Autres hôpitaux généraux publics

HP 1.1.2 Hôpitaux privés

HP 1.3 Hôpitaux spécialisés

HP 3.1 Cabinets de médecins

HP 3.2 Cabinets de dentistes

HP 3.3 Cabinets autres professionnels de santé

HP 3.4.1 Centre de santé du Ministère de la Santé Publique

HP 3.4.2 Centre de santé autre que Ministère de la Santé Publique

HP 3.5 Laboratoires d'analyses

HP 3.9.2 Centre Nationale de Transfusion Sanguine

HP 3.9.9 Tradipraticiens

HP 4 Pharmacies et autres distributeurs

HP 5 Administration et gestion des programmes santé publique

HP 6 Administration générale de la santé et de l'assurance maladie

HP 8 Institutions de services sanitaires connexes

HP 9 Reste du monde

HP nsk Autres prestataires non spécifiés

5.2 Pratique des CNS dans l'Union

Ce chapitre comprendra trois grandes parties :

Une première partie portera sur l'analyse de l'exhaustivité des acteurs du financement de la santé dans les rapports des CNS produits dans l'Union.

Une seconde partie sera consacrée à la présentation du degré de complétude des tableaux produits.

La troisième partie concernera l'étude des déterminants du niveau de complétude des matrices des CNS du Burkina Faso.

5.2.1 Exhaustivité des acteurs du financement

Une codification dichotomique basée sur la notification des entités dans les rapports des CNS produits dans l'Union a permis d'accorder un statut aux différents acteurs du financement de la santé en son sein. La codification est la suivante :

« 1 » : l'entité est prise en compte ;

« 0 » : l'entité n'est pas prise en compte.

Les différents scores obtenus par ces entités ont permis de déceler cinq catégories d'acteurs du financement en fonction de leur statut dans les CNS des quatre Etats que sont le Bénin, le Burkina, le Mali et le Niger.

Ces cinq catégories sont cotées de la façon suivante :

4/4 : entités toujours pris en compte ;

3/4 : entités très fréquemment prises en compte ;

2/4 : entités fréquemment prises en compte ;

1/4 : entités rarement prises en compte ;

0/4 : entité jamais prises en compte.

Les Sources de financement.

Tableau 1: Exhaustivité des Sources de financement

Code	Libellé source	Pays				Score
		Bénin	Burkina	Mali	Niger	
FS.1.1.1	Revenus de l'administration centrale	1	1	1	1	4/4
FS.1.1.2	Revenus des administrations décentralisées	1	0	1	1	3/4
FS.1.2	Fonds IPPTE	0	1	0	0	1/4
FS.2.1	Fonds des employeurs	1	1	1	1	4/4
FS.2.2	Fonds des ménages	1	1	1	1	4/4
FS.2.3	Fonds des institutions à but non lucratif au service des ménages	1	0	1	1	3/4
FS.3	Fonds du Reste Du Monde	1	1	1	1	4/4

Trois catégories de Sources de financement sont à distinguer dans la pratique des Comptes Nationaux de la Santé dans l'Union :

Les Sources de financement *toujours* prises en compte. Il s'agit des revenus de l'administration centrale, des fonds des ménages ; des fonds des employeurs et des fonds du Reste Du Monde.

Les Sources de financement *très fréquemment* prises en compte. Cette catégorie comprend les revenus des administrations décentralisées et les fonds des Institutions sans But Lucratif au service des Ménages.

Les Sources de financement *rarement* prises en compte. Il s'agit des fonds de l'Initiative envers les Pays Pauvres Très Endettés.

Les Agents de financement

Tableau 2: Exhaustivité des Agents de financement

Code	Libellé Agents	Pays				Score
		Bénin	Burkina	Mali	Niger	
HF.1.1.1.1	Ministère de la santé	1	1	1	1	4/4
HF.1.1.1.2	Autres ministères	1	1	1	1	4/4
HF.1.1.3	Administrations décentralisées	1	1	1	1	4/4
HF.2.1.1	Régime des fonctionnaires	0	0	0	0	0/4
HF.2.1.2	Régime des employés du privé	1	1	1	1	4/4
HF.2.1.3	Mutuelles de santé	1	1	1	1	4/4
HF.2.2	Sociétés d'assurances privées	1	1	0	1	3/4
HF.2.3	Paiement direct des ménages	1	1	1	1	4/4
HF.2.4	ONG	1	1	1	1	4/4
HF.2.5	Sociétés (hors assurances)	1	1	1	0	3/4
HF.3	Reste Du Monde	1	1	1	1	4/4

On distingue trois (03) catégories d'Agents de financement dans la pratique des Comptes Nationaux de la Santé dans l'Union :

Les Agents de financement *toujours* pris en compte. Il s'agit du Ministère de la santé (HF.1.1.1.1), des autres ministères (HF.1.1.1.2), des administrations décentralisées (HF.1.1.3), du régime des employés du privé (HF.2.1.2), des mutuelles de santé (HF.2.1.3), le paiement direct des ménages (HF.2.3), les ONG (HF.2.4) et le Reste Du Monde (HF.3).

Les Agents de financement *très fréquemment* pris en compte. Cette catégorie regroupe les assurances privées (H.F2.2) et les sociétés hors assurances (HF.2.5).

Les Agents de financement *jamais* pris en compte. Il s'agit du régime d'assurance maladie des fonctionnaires (HF.2.1.1).

Les Prestataires de soins

Tableau 3: Exhaustivité des Prestataires de soins

Code	Libellé Prestataires	Pays				Score
		Bénin	Burkina	Mali	Niger	
HP.1.1.1.1	Hôpital général public MSP	1	1	1	1	4/4
HP.1.1.1.2	Autres hôpitaux généraux publics	1	0	0	0	1/4
HP.1.1.2	Hôpitaux privés	1	1	1	1	4/4
HP.1.2	Hôpitaux psychiatriques et pour toxicomanes	1	0	0	0	1/4
HP.1.3	Hôpitaux spécialisés (autres que les hôpitaux psychiatriques et pour toxicomanes)	1	1	1	0	3/4
HP.3.1	Cabinets de médecins	1	1	1	1	4/4
HP.3.2	Cabinets de dentistes	0	1	1	0	2/4
HP.3.3	Cabinet d'autres professionnels de santé	0	1	1	1	3/4
HP.3.4.1	Centres de santé Min S	1	1	1	1	4/4
HP.3.4.2	Centres de santé autre que MSP	1	0	1	1	3/4
HP.3.5	Laboratoires d'analyses médicales	0	1	1	0	2/4
HP.3.9.2	Centre National de Transfusion Sanguine	0	1	1	0	2/4
HP.3.9.9	Tradipraticiens	0	0	1	1	2/4
HP.4	Pharmacies et autres distributeurs de biens médicaux	1	1	1	1	4/4
HP.5	Administration et gestion de programmes de santé publique	0	1	1	0	2/4
HP.6	Administration générale de la santé et de l'assurance maladie	1	1	1	1	4/4
HP.8	Institutions de services sanitaires connexes	1	1	1	1	4/4
HP.9	Reste du monde	1	1	0	0	2/4

Ils se classent en quatre catégories de Prestataires de soins dans la pratique des Comptes Nationaux de la Santé dans l'Union :

Les Prestataires de soins *toujours* pris en compte. Il s'agit des hôpitaux généraux publics du ministère de la santé (HP.1.1.1.1), les hôpitaux privés (HP.1.1.2), les cabinets des médecins (HP.31), les centres de santé du ministère de la santé (HP.3.4.1), les pharmacies et autres distributeurs de biens médicaux (HP.4), les administrations générales de la santé et de l'assurance maladie (HP.6), les institutions de services sanitaires connexes (HP.8) et le Reste du Monde (HP.9).

Les Prestataires de soins *très fréquemment* pris en compte. Cette catégorie regroupe les hôpitaux spécialisés (HP.1.3), les cabinets des autres professionnels de la santé (HP.3.3) et les centres de santé autre que ministère de la santé (HP.3.4.2).

Les Prestataires de soins *fréquemment* pris en compte. Cette catégorie comprend les cabinets des dentistes, les Centres nationaux de transfusion sanguine, les laboratoires d'analyses, les Tradipraticiens, l'administration et la gestion des programmes de santé publique et le reste du Monde.

Les Prestataires de soins *rarement* pris en compte. Ce sont les hôpitaux psychiatriques.

5.2.2 Complétude des tableaux

L'analyse des flux financiers qui doivent normalement exister entre les différents acteurs du financement de la santé dans l'Union a permis d'identifier les cellules des tableaux où l'on doit faire figurer des valeurs. Sur cette base, une codification dichotomique basée sur l'absence de valeur dans les cellules a été appliquée aux cellules qui doivent « normalement » comporter des données, permettant ainsi d'accorder un statut aux cellules des matrices CNS produites dans l'Union (Annexe1).

La codification suivante a été utilisée à cet effet :

« 0 » : la cellule ne contient pas de valeur

« 1 » : la cellule contient une valeur

Les différents scores obtenus par les entités ont permis de déceler cinq catégories d'acteurs du financement en fonction de leur statut dans les CNS des quatre Etats (Bénin, Burkina, Mali et Niger).

Ces cinq catégories sont cotées de la façon suivante :

4/4: entités toujours renseignées;

3/4 : entités très fréquemment renseignées;

2/4 : entités souvent renseignés;

1/4 : entités rarement renseignées;

0/4 : entités jamais renseignées.

Complétude du tableau Sources de financement par Agents de financement

Cinq de catégories cellules sont à distinguer en ce qui concerne la complétude des matrices Sources de financement vers Agents de financement des CNS élaborés dans l'Union.

Tableau 4: Complétude Sources de financement par Agents de financement

	Source	FS111	FS112	FS12	FS21	FS22	FS23	FS3
Agents	Libellés	Administration centrale	Administrations décentralisées	IPPTE	Employeurs	Ménages	ISBLM	Reste Du Monde
HF1111	Ministère de la santé	Cellule toujours renseignée	Cellule ne doit pas contenir de	Cellule rarement renseignée	Cellule ne doit pas contenir de	Cellule ne doit pas contenir de	Cellule ne doit pas contenir de	Cellule toujours renseignée
HF1112	Autres ministères	Cellule toujours renseignée	Cellule ne doit pas contenir de	Cellule ne doit pas contenir de	Cellule ne doit pas contenir de	Cellule ne doit pas contenir de	Cellule ne doit pas contenir de	Cellule rarement renseignée
HF113	Administrations décentralisées	Cellule jamais renseignée	Cellule très fréquemment renseignée	Cellule ne doit pas contenir de	Cellule ne doit pas contenir de	Cellule ne doit pas contenir de	Cellule ne doit pas contenir de	Cellule jamais renseignée
HF212	CNSS/ CNPS/ INPS/ IPM	Cellule ne doit pas contenir de	Cellule ne doit pas contenir de	Cellule ne doit pas contenir de	Cellule toujours renseignée	Cellule rarement renseignée	Cellule ne doit pas contenir de	Cellule ne doit pas contenir de
HF213	Mutuelles de santé	Cellule ne doit pas contenir de	Cellule ne doit pas contenir de	Cellule ne doit pas contenir de	Cellule ne doit pas contenir de	Cellule très fréquemment renseignée	Cellule ne doit pas contenir de	Cellule ne doit pas contenir de
HF22	Assurance privées	Cellule ne doit pas contenir de	Cellule ne doit pas contenir de	Cellule ne doit pas contenir de	Cellule très fréquemment renseignée	Cellule rarement renseignée	Cellule ne doit pas contenir de	Cellule ne doit pas contenir de
HF23	Paiement direct des ménages	Cellule ne doit pas contenir de	Cellule ne doit pas contenir de	Cellule ne doit pas contenir de	Cellule ne doit pas contenir de	Cellule toujours renseignée	Cellule ne doit pas contenir de	Cellule ne doit pas contenir de
HF24	ONG	Cellule ne doit pas contenir de	Cellule ne doit pas contenir de	Cellule ne doit pas contenir de	Cellule ne doit pas contenir de	Cellule souvent renseignée	Cellule très fréquemment renseignée	Cellule souvent renseignée
HF25	Sociétés (hors assurance)	Cellule ne doit pas contenir de	Cellule ne doit pas contenir de	Cellule ne doit pas contenir de	Cellule très fréquemment renseignée	Cellule ne doit pas contenir de	Cellule ne doit pas contenir de	Cellule rarement renseignée
HF3	Reste Du Monde	Cellule ne doit pas contenir de	Cellule ne doit pas contenir de	Cellule ne doit pas contenir de	Cellule ne doit pas contenir de	Cellule ne doit pas contenir de	Cellule ne doit pas contenir de	Cellule toujours renseignée



Cellule ne doit pas contenir de



Cellule souvent renseignée



Cellule toujours renseignée



Cellule rarement renseignée



Cellule très fréquemment renseignée



Cellule jamais renseignée

Les cellules toujours renseignées (4/4). Il s'agit de cellules qui *comportent toujours une valeur dans tous les CNS produits dans l'Union*. Cette catégorie regroupe six des vingt types de cellules de la matrice qui doivent comporter une valeur à savoir :

- Les revenus de l'administration centrale (FS.1.1.1) vers le ministère de la santé (HF.1.1.1.1);

- Les revenus de l'administration centrale (FS.1.1.1) vers les autres ministères (HF.1.1.1.2);
- Les fonds des employeurs (FS.2.1) vers les régimes des employés du privé (HF.2.1.2);
- Les fonds des ménages (FS.2.2) vers le paiement direct des ménages (HF.2.3);
- Les fonds du Reste Du Monde (FS.3) vers le ministère de la santé (HF.1.1.1.1);
- Les fonds du Reste Du Monde (FS.3) vers le reste du monde (HF.3).

Les cellules très fréquemment renseignées (3/4). Il s'agit de cellules qui sont *renseignées dans trois rapports des CNS sur les quatre produits dans l'Union*.

Cette catégorie regroupe cinq types de cellules. Il s'agit des croisements suivants:

- Les revenus des administrations décentralisées (FS.1.1.2) vers les administrations décentralisées (HF.1.1.3);
- Les fonds des employeurs (FS.2.1) vers les assurances privées (HF.2.2);
- Les fonds des employeurs (FS.2.1) vers les sociétés hors assurances (HF.2.5);
- Les fonds des ménages (FS.2.2) vers les mutuelles de santé (HF.2.1.3);
- Les fonds des Institutions Sans But Lucratif au service des Ménages (FS.2.3) vers les ONG (HF.2.4).

Les cellules souvent renseignées (2/4). Il s'agit de cellules qui sont *renseignées dans deux rapports des CNS sur les quatre produits dans l'Union*. Cette catégorie concerne deux types de cellules, soit des cellules à renseigner. Il s'agit des croisements suivants:

- Les fonds des ménages (FS.2.2) vers les ONG (HF.2.4);
- Les fonds du Reste Du Monde (FS.3) vers les ONG (HF.2.4).

Les cellules rarement renseignées (1/4). Il s'agit de cellules qui sont *renseignées par seulement un rapport des CNS sur les quatre produits dans l'Union*. Cette catégorie regroupe cinq types de cellules à renseigner. Il s'agit des croisements suivants:

- Les fonds de l'IPPTE (FS.1.2) vers le ministère de la santé (HF.1.1.1.1) ;
- Les fonds des ménages (FS.2.2) vers les régimes des employés du secteur privé (HF.2.1.2) ;
- Les fonds du Reste Du Monde (FS.3) vers les sociétés hors assurance (HF.2.5) ;
- Les fonds du Reste Du Monde (FS.3) vers les autres ministères (HF.1.1.1.2)
- Les fonds des ménages (FS.2.2) vers les sociétés d'assurances privées (HF.2.2) ;

Les cellules jamais renseignées (0/4). Il s'agit de cellules pour lesquelles *aucune valeur n'est mentionnée dans l'ensemble rapports des CNS produits dans l'Union*. Cette catégorie regroupe deux types de cellules à renseigner. Il s'agit des croisements suivants:

- Les revenus de l'administration centrale (FS.1.1.1) vers les administrations décentralisées (HF.1.1.3) ;
- Les fonds du Reste Du Monde (FS.3) vers les administrations décentralisées.

Complétude du tableau Agents de financement par Prestataires de soins.

Cinq catégories de cellules sont à distinguer en ce qui concerne la complétude dans les matrices Agents de financement vers Prestataires de soins des CNS élaborés dans l'Union (Annexe 3).

- Les cellules toujours renseignées (4/4). Il s'agit de cellules qui **comportent toujours une valeur** dans **tous les CNS produits dans l'Union**. Cette catégorie regroupe neuf des cent dix sept types cellules de la matrice qui doivent comporter une valeur, soit **7,69%** des cellules à renseigner. Il s'agit des croisements suivants:
 - Ministère de la santé (HF.1.1.1.1) vers hôpitaux généraux du ministère de la santé (HP.1.1.1.1) ;
 - Ministère de la santé (HF.1.1.1.1) vers les centres de santé du ministère de la santé (HP.3.4.1) ;
 - Ministère de la santé (HF.1.1.1.1) vers les administrations générales de la santé et de l'assurance maladie (HP.6) ;
 - Ministère de la santé (HF.1.1.1.1) vers les institutions des services sanitaires connexes (HP.8).
 - Administrations décentralisées (HF.1.1.3) vers les centres de santé du ministère de la santé (HP.3.4.1) ;
 - Paiement direct des ménages (HF.2.3) vers les hôpitaux généraux du ministère de la santé (HP.1.1.1.1) ;
 - Paiement direct des ménages (HF.2.3) vers les centres de santé du ministère de la santé (HP.3.4.1) ;
 - Paiement direct des ménages (HF.2.3) vers les pharmacies et autres distributeurs de biens médicaux (HP.4)

- Reste Du Monde (HF.3) vers les hôpitaux généraux du ministère de la santé (HP.1.1.1.1).
- Les cellules très fréquemment renseignées (3/4). Il s'agit de cellules qui sont *renseignées dans trois rapports de CNS sur les quatre produits dans l'Union*. Cette catégorie regroupe quatre types de cellules à renseigner. Il s'agit des croisements suivants:
 - Ministère de la santé (HF.1.1.1.1) vers les hôpitaux spécialisés autres que pour malades mentaux et toxicomanes (HP.1.3) ;
 - Paiement direct des ménages (HF.2.3) vers les hôpitaux privés (HP.1.1.2) ;
 - Reste Du Monde (H.F.3) vers les centres de santé du ministère de la santé (HP.3.4.1) ;
 - Reste Du Monde (HF.3) vers les administrations générales de la santé et de l'assurance maladie (HP.6).
- Les cellules Souvent renseignées (2/4). Il s'agit de cellules qui sont *renseignées dans deux rapports des CNS sur les quatre produits dans l'Union*. Cette catégorie regroupe vingt un types de cellules à renseigner. Il s'agit des croisements suivants:
 - Ministère de la santé (HF.1.1.1.1) vers les laboratoires d'analyses (HP.35) ;
 - Ministère de la santé (HF.1.1.1.1) vers les Centres Nationaux de Transfusion sanguine (HP.3.9.2) ;
 - Ministère de la santé (HF.1.1.1.1) vers l'administration et la gestion des programmes de santé publique (HP.5) ;
 - Autres ministères (HF.1.1.1.2) vers les hôpitaux généraux du ministère de la santé (HP.1.1.1.1)

- Autres ministères (HF.1.1.1.2) vers les centres de santé autres que ministère de la santé (HP.3.4.2) ;
- Administrations décentralisées (HF.1.1.3) vers les hôpitaux généraux du ministère de la santé (HP.1.1.1.1) ;
- Administrations décentralisées (HF.1.1.3) vers les institutions de services sanitaires connexes (HP.8) ;
- Régimes des employés du secteur privé (HF.2.1.2) vers les hôpitaux généraux du ministère de la santé (HP.1.1.1.1) ;
- Régimes des employés du secteur privé (HF.2.1.2) vers les centres de santé autres que ministère de la santé (HP.3.4.2) ;
- Mutuelles de santé (HF.2.1.3) vers les hôpitaux généraux du ministère de la santé (HP.1.1.1.1) ;
- Sociétés d'assurance privées (HF.2.2) vers les hôpitaux généraux du ministère de la santé (HP.1.1.1.1) ;
- Sociétés d'assurance privées (HF.2.2) vers les hôpitaux privés (HP.1.1.2) ;
- Sociétés d'assurance privées (HF.2.2) vers les cabinets des médecins (HP.3.1) ;
- Sociétés d'assurance privées (HF.2.2) vers les pharmacies et autres distributeurs de biens médicaux (HP.4) ;
- Paiement direct des ménages (HF.2.3) vers les hôpitaux spécialisés autres que pour malades mentaux et toxicomanes (HP.1.3) ;
- Paiement direct des ménages (HF.2.3) vers les cabinets des médecins (HP.3.1) ;
- Paiement direct des ménages (HF.2.3) vers les cabinets des autres professionnels de la santé (HP.3.3) ;

- Paiement direct des ménages (HF.2.3) vers les Tradipraticiens (HP.3.9.9) ;
 - ONG (HF.2.4) vers les hôpitaux généraux du ministère de la santé (HP.1.1.1.1) ;
 - ONG (HF.2.4) vers les administrations générales de la santé et de l'assurance maladie (HP.6) ;
 - Reste Du Monde (HF.3) vers les institutions des services sanitaires connexes (HP.8).
- Les cellules rarement renseignées (1/4). Il s'agit de cellules qui sont *renseignées par seulement un rapport des CNS sur les quatre produits dans l'Union*. Cette catégorie regroupe quarante un types de cellules à renseigner. Il s'agit des croisements suivants:
- Ministère de la santé (HF.1.1.1.1) vers les hôpitaux psychiatriques (HP.1.2) ;
 - Ministère de la santé (HF.1.1.1.1) vers les pharmacies et autres distributeurs de biens médicaux (HP.4) ;
 - Autres ministères (HF.1.1.1.2) vers les hôpitaux généraux publics autres que ceux du ministère de la santé (HP.1.1.1.2)
 - Autres ministères (HF.1.1.1.2) vers les hôpitaux spécialisés autres que pour malades mentaux et toxicomanes (HP.1.3) ;
 - Autres ministères (HF.1.1.1.2) vers les laboratoires d'analyse (HP.3.5) ;
 - Autres ministères (HF.1.1.1.2) vers les centres nationaux de transfusion sanguine (HP.3.9.2) ;
 - Autres ministères (HF.1.1.1.2) vers l'administration et la gestion des programmes de santé publique (HP.5) ;
 - Autres ministères (HF.1.1.1.2) vers les administrations générales de la santé et de l'assurance maladie (HP.6) ;

- Autres ministères (HF.1.1.1.2) vers les institutions des services sanitaires connexes (HP8) ;
- Administrations décentralisées (HF.1.1.3) vers les hôpitaux spécialisés autres que pour malades mentaux et toxicomanes (HP.1.3) ;
- Administrations décentralisées (HF.1.1.3) vers les pharmacies et autres distributeurs de biens médicaux (HP.4) ;
- Administrations décentralisées (HF.1.1.3) vers l'administration et la gestion des programmes de santé publique (HP.5) ;
- Administrations décentralisées (HF.1.1.3) vers les administrations générales de la santé et de l'assurance maladie (HP.6) ;
- Régimes des employés du secteur privé (HF.2.1.2) vers cabinets des autres professionnels de la santé (HP.3.3) ;
- Mutuelles de santé (HF.2.1.3) vers les hôpitaux privés (HP.1.1.2) ;
- Mutuelles de santé (HF.2.1.3) vers cabinets des autres professionnels de la santé (HP.3.3) ;
- Mutuelles de santé (HF.2.1.3) vers les administrations générales de la santé et de l'assurance maladie (HP.6) ;
- Sociétés d'assurance privées (HF.2.2) vers les hôpitaux spécialisés autres que pour malades mentaux et toxicomanes (HP.1.3) ;
- Sociétés d'assurance privées (HF.2.2) vers les cabinets de dentistes (HP.3.2) ;
- Paiement direct des ménages (HF.2.3) vers les hôpitaux généraux publics autres que ceux du ministère de la santé (HP.1.1.1.2) ;
- Paiement direct des ménages (HF.2.3) vers les hôpitaux psychiatriques (HP.1.2) ;

- Paiement direct des ménages (HF.2.3) vers les cabinets de dentistes (HP.3.2) ;
- Paiement direct des ménages (HF.2.3) vers les centres de santé autres que ceux du ministère de la santé (HP.3.4.2) ;
- Paiement direct des ménages (HF.2.3) vers les Centres nationaux de transfusion sanguine (HP.3.9.2) ;
- ONG (HF.2.4) vers les cabinets des autres professionnels de la santé (HP.3.3) ;
- ONG (HF24) vers les centres de santé du ministère de la santé (HP.3.4.1) ;
- ONG (HF24) vers les Tradipraticiens (HP.3.9.9) ;
- Sociétés hors assurances (HF.2.5) vers les hôpitaux généraux du ministère de la santé (HP.1.1.1.1) ;
- Sociétés hors assurances (HF25) vers les hôpitaux privés (HP112) ;
- Sociétés hors assurances (HF25) vers les hôpitaux spécialisés autres que pour malades mentaux et toxicomanes (HP13) ;
- Sociétés hors assurances (HF25) vers les cabinets de médecins (HP31) ;
- Sociétés hors assurances (HF25) vers les cabinets des autres professionnels de la santé (HP33) ;
- Sociétés hors assurances (HF25) vers les laboratoires d'analyses (HP35)
- Sociétés hors assurances (HF25) vers les pharmacies et autres distributeurs de biens médicaux (HP4) ;
- Sociétés hors assurances (HF25) vers les institutions des services sanitaires connexes (HP8) ;
- Reste Du Monde (HF 3) vers les hôpitaux privés (HP112) ;

- Reste Du Monde (HF 3) vers les hôpitaux spécialisés autres que pour malades mentaux et toxicomanes (HP13) ;
 - Reste Du Monde (HF 3) vers les laboratoires d'analyses (HP35) ;
 - Reste Du Monde (HF 3) vers les Tradipraticiens (HP399) ;
 - Reste Du Monde (HF 3) vers l'administration et la gestion des programmes de santé publique (HP5) ;
 - Reste Du Monde (HF 3) vers le reste du monde (HP9).
- Les cellules jamais renseignées (0/4). Il s'agit de cellules pour lesquelles *aucune valeur n'est mentionnée dans l'ensemble rapports des CNS produits dans l'Union*. Cette catégorie regroupe trente trois types de cellules à renseigner. Il s'agit des croisements suivants:
- Ministère de la santé (HF1111) vers les centres de santé autres que ministère de la santé (HP342) ;
 - Autres ministères (HF1112) vers les pharmacies et autres distributeurs de biens médicaux (HP4) ;
 - Administrations décentralisées (HF113) vers les laboratoires d'analyse (HP35) ;
 - Administrations décentralisées (HF113) vers les centres de santé autres que ministère de la santé (HP342) ;
 - Régimes des employés du secteur privé (HF212) vers les hôpitaux généraux publics autres que ceux du ministère de la santé (HP1112) ;
 - Régimes des employés du secteur privé (HF212) vers les hôpitaux privés (HP112) ;

- Régimes des employés du secteur privé (HF212) vers les hôpitaux spécialisés autres que pour malades mentaux et toxicomanes(HP13) ;
- Régimes des employés du secteur privé (HF212) vers les cabinets des médecins (HP31) ;
- Régimes des employés du secteur privé (HF212) vers les cabinets de dentistes (HP32) ;
- Régimes des employés du secteur privé (HF212) vers les laboratoires d'analyse (HP35) ;
- Régimes des employés du secteur privé (HF212) vers les Centres Nationaux de Transfusion Sanguine (HP392) ;
- Régimes des employés du secteur privé (HF212) vers les pharmacies et autres distributeurs de biens médicaux (HP4) ;
- Régimes des employés du secteur privé (HF212) vers les administrations générales de la santé et de l'assurance maladie (HP6) ;
- Mutuelles de santé (HF213) vers les hôpitaux généraux publics autres que ceux du ministère de la santé (HP1112) ;
- Mutuelles de santé (HF213) vers les hôpitaux spécialisés autres que pour malades mentaux et toxicomanes (HP13) ;
- Mutuelles de santé (HF213) vers les cabinets des médecins (HP31) ;
- Mutuelles de santé (HF213) vers les cabinets de dentistes (HP32) ;
- Mutuelles de santé (HF213) vers les centres de santé du ministère de la santé (HP341) ;
- Mutuelles de santé (HF213) vers les pharmacies et autres distributeurs de biens médicaux (HP4) ;

- Mutuelles de santé (HF213) vers les centres de santé autres que ceux du ministère de la santé (HP342) ;
- Mutuelles de santé (HF213) vers les laboratoires d'analyse (HP35) ;
- Sociétés d'assurance privées (HF22) vers les Centres Nationaux de Transfusion Sanguine (HP392) ;
- Sociétés d'assurance privées (HF22) vers les administrations générales de la santé et de l'assurance maladie (HP6) ;
- Sociétés d'assurance privées (HF22) vers les laboratoires d'analyse (HP35) ;
- Paiement direct des ménages (HF23) vers les laboratoires d'analyses (HP35) ;
- ONG (HF24) vers les pharmacies et autres distributeurs de biens médicaux (HP4) ;
- ONG (HF24) vers l'administration et la gestion des programmes de santé publique (HP5) ;
- ONG (HF24) vers les institutions des services sanitaires connexes (HP8) ;
- ONG (HF24) vers les centres de santé autres que ceux du ministère de la santé (HP342) ;
- Sociétés hors assurances (HF25) vers les cabinets des dentistes (HP32) ;
- Sociétés hors assurances (HF25) vers les centres de santé autres que ceux du ministère de la santé (HP342) ;
- Reste Du Monde (HF 3) vers les hôpitaux généraux publics autres que ceux du ministère de la santé (HP1112) ;
- Reste Du Monde (HF 3) vers les hôpitaux psychiatriques (HP12) ;

- Reste Du Monde (HF 3) vers les centres de santé autres que ceux du ministère de la santé (HP342) ;
- Reste Du Monde (HF 3) pharmacie et autres distributeurs de biens médicaux (HP4).

Complétude en fonction des Sources de financement

Une moyenne des scores obtenus par cellule (Annexe 3) a permis d'identifier la tendance des flux des fonds en provenance de chaque Source de financement :

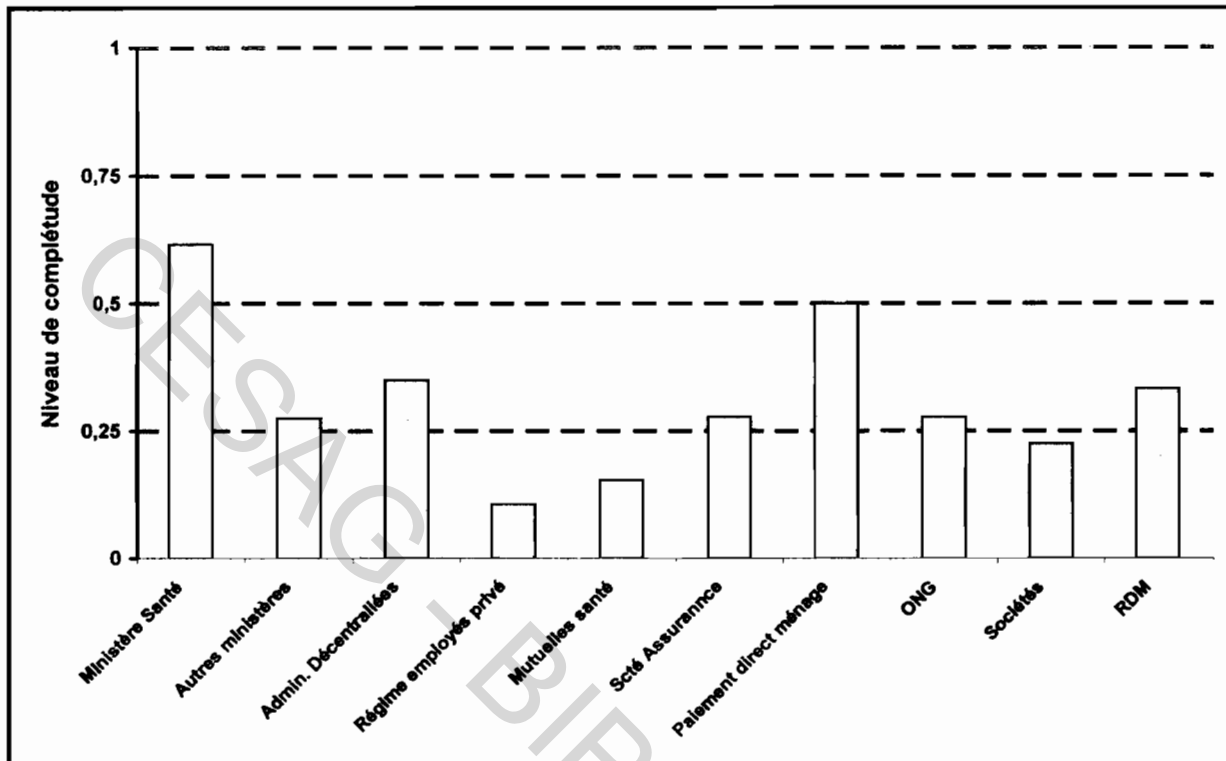
- Les fonds des employeurs (FS.2.1) sont les mieux renseignés ;
- Les fonds des IPPTE sont mal renseignés (FS12);
- Pour toutes les autres sources de financement, les informations sont partielles

Complétude en fonction des Agents de financement

Une moyenne des scores obtenus par cellule (Annexe 3) a permis d'identifier le niveau d'information sur les Agents de financement :

- Le flux des fonds provenant du ministère de la santé (HF1111) vers les prestataires est partiellement renseigné ;
- l'utilisation des fonds des autres agents de financement est mal renseigné et ce de manière plus prononcée en ce qui concerne les régimes des employés du secteur privé (HF212).suivi des mutuelles de santé (HF 213).

Figure 2: Complétude en fonctions des Agents de financement



Complétude en fonction des Prestataires de soins

La moyenne des scores obtenus révèle les tendances suivantes en ce qui concerne les Prestataires de soins :

- Les fonds reçus par les hôpitaux généraux (HP1111) et les centres de santé du ministère de la santé (HP 341) sont partiellement renseignés dans les CNS produits dans l'Union.
- Les fonds reçus par tous les autres prestataires sont mal renseignés dans les rapports des CNS produits dans l'Union.

5.2.3 Déterminants de la complétude

Le guide d'entretien que nous avons réalisé avait pour objectif d'identifier les causes d'absences de données dans les tableaux du rapport des CNS 2003 du Burkina Faso. L'entretien avec les deux praticiens locaux des CNS au Burkina a porté sur l'absence de données dans 62 cellules des tableaux présentés dans le rapport des CNS. Les résultats de cet entretien permettent de dégager trois principales causes du niveau de complétude des tableaux à savoir :

- . La déficience du système de collecte d'information. C'est la cause principale, elle explique l'absence de données dans 27 cellules, soit plus du tiers de l'absence de données ;
- Le déficit de collaboration avec les acteurs du privé; il explique l'absence de données dans 18 cellules ;
- La présentation spécifique des tableaux du Burkina; Cette cause explique l'absence de données dans 16 cellules ;

VI- ANALYSE DES RESULTATS

Ce chapitre portera essentiellement sur les points communs et les différences dans la pratique des CNS dans l'Union.

6.1 Exhaustivité des acteurs du financement

L'analyse de l'exhaustivité des acteurs du financement dans les CNS de l'Union, se fera en excluant le régime d'assurance maladie des fonctionnaires. En effet cet agent de financement n'existe qu'en Côte d'Ivoire ; cependant, il existe dans tous les autres pays de l'Union un régime d'assurance maladie non formel pour les fonctionnaires.

6.1.1. Les Sources de financement

Sur les sept Sources de financement définies dans l'Union, seulement quatre sont communes à l'estimation des dépenses de santé dans l'Union. Les trois autres étant ignorées d'un Etat à l'autre. Cette situation montre *l'hétérogénéité de la pratique des CNS* plus précisément dans la délimitation des acteurs de financement de la santé.

Les fonds de l'IPPTE qui s'élèvent à deux milliards sept cents deux million de francs au Burkina Faso, sont occultés par les estimations des autres Etats pourtant bénéficiaires de ces fonds.

Il en est de même en ce qui concerne les fonds des administrations décentralisées et des Institutions Sans But Lucratif au service des Ménages. Certes cette omission se fait dans une moindre mesure qu'avec les fonds de l'IPPTE, mais elle reste importante à souligner.

Les administrations décentralisées constituent les administrations les plus proches des structures prestataires des soins de bases ; elles perçoivent des taxes locales,

un appui financier du niveau central et entretiennent souvent directement des partenariats avec les bailleurs. Il est donc important de capturer la part des ressources des administrations décentralisées qui va dans le financement la santé. Une telle estimation peut aussi servir à l'analyse de l'impact de la décentralisation dans financement de la santé dans l'Union.

L'appui budgétaire au système de santé est fourni par plusieurs donateurs dont les ISBLM. Il sera nécessaire de suivre de près l'appui budgétaire fourni par plusieurs donateurs, afin de veiller à ce que le passage de l'appui sectoriel à l'appui budgétaire général n'amointrisse pas les contributions des donateurs au secteur de la santé [23].

Outre les omissions, il faut souligner l'hétérogénéité des nomenclatures adoptées. En effet on a pu déceler dans certains rapports des CNS produits dans l'Union, la notification d'un agent de financement (la CNSS) comme source de financement ou encore la notification de bénéficiaires ou étape du circuit administratif comme Agent de financement.

6.1.2. Les Agents de financements

L'hétérogénéité de la délimitation des acteurs du financement de la santé s'observe aussi avec les Agents de financements. La majorité des agents de financement sont communs à tous les rapports de CNS produits, cependant les sociétés d'assurances privées et les sociétés (hors assurances) sont par moment omises.

6.1.3 Les Prestataires de soins

Une part importante des prestataires de soins est commune aux rapports des CNS élaborés dans l'Union., Il faut cependant souligner que plusieurs prestataires, en majorité du secteur privé (les cabinets des autres professionnels de la santé, les

centres de santé autre que ministère de la santé, les cabinets des dentistes, les laboratoires d'analyses, les Tradipraticiens, et le Reste du Monde), sont omis dans les CNS de plusieurs Etats.

Une attention particulière doit être portée sur les tradipraticiens. Bien que présente dans toute l'Union, cette catégorie d'agents est souvent occultée parce bien que plusieurs actions sont menées pour améliorer son organisation et permettre une meilleure cohabitation avec la médecine dite « moderne ». Aussi, une étude de la Banque mondiale a estimée pour un Etat de l'Union à *18 milliards* les dépenses des ménages auprès de cette catégorie de prestataires.

Une telle hétérogénéité des acteurs pris en compte dans l'élaboration des CNS pourrait constituer d'une part la sous-estimation des dépenses de santé dans les Etats du fait de l'omission de certains acteurs et d'autre part, une entrave à l'utilisation communautaire des CNS. Il s'avère donc impérieux d'harmoniser la pratique des CNS dans l'Union.

6.2. Complétude des tableaux

Les CNS offrent la possibilité de comparer les dépenses du système de santé d'un pays à celles d'autres pays, ce qui est d'une grande valeur pour la détermination des objectifs et des repères de performance [Guide d'élaboration].

Cette comparaison au niveau de l'Union ne peut, à l'état actuel de la pratique des CNS, être que très partielle. En effet, il y a très peu données fournies qui sont communes aux différents rapports des CNS dans l'Union. Sur les vingt cellules à renseigner dans le tableau Sources de financement vers Agents de financement, seulement neuf cellules sont renseignées par les quatre rapports à la fois. Il en est

de même pour le tableau Agents de financement par Prestataires de soins, où on enregistre neuf cellules communes renseignées sur cent dix sept à renseigner.

Outre le niveau de complétude, il faut souligner que tous les Etats Membres de l'Union ne sont pas engagés dans le processus d'élaboration des CNS.

La pratique actuelle des CNS dans l'Union s'avère donc très peu utilisable en tant que repère communautaire de performance sanitaire.

L'analyse de la complétude par catégorie d'acteurs à savoir les sources de financement, les agents de financement et les prestataires de soins, a permis de faire le constat suivant : les flux entre les acteurs du financement de la santé dans l'Union sont partiellement renseignés. Cependant on note un besoin d'informations hétérogènes au niveau de l'Union. L'absence de données sur les flux varie d'un Etat à l'autre. Cette hétérogénéité des besoins d'information peut être exploitée dans une optique d'échange d'expérience entre les experts nationaux des CNS en vue de définir, dans un cadre harmonisé au niveau communautaire, des stratégies pour l'amélioration de la complétude des tableaux produits dans l'Union. Pour se faire, une analyse préalable des déterminants de la complétude des tableaux s'impose.

L'entretien avec les praticiens locaux des CNS au Burkina Faso, a permis de relever trois causes fondamentales de l'absence d'informations dans le rapport des CNS du Burkina. Les systèmes de santé étant globalement similaires et les besoins d'informations en moyenne identiques dans l'Union, les stratégies d'amélioration de la qualité des CNS pourraient s'étendre à toute l'Union.

- La déficience du système de collecte d'informations : Elle relève à la fois de la non adéquation de certains outils de collecte d'informations et aussi la non prise en compte de certains acteurs du financement de la santé. Lors des enquêtes de routines sur les conditions de vie des ménages, un volet est consacré aux dépenses

de santé des ménages. Cependant les libellés des questions ne sont pas de nature à fournir l'ensemble des détails nécessaires aux CNS.

Il en est de même pour la plupart des enquêtes de routines réalisées dans l'Union telles les Enquêtes de Démographie et de Santé et d'autres enquêtes réalisées auprès des ménages, toute chose qui ne permet pas aux praticiens des CNS d'atteindre le niveau d'information requis.

Les lacunes au niveau du système de collecte d'information sont aussi dues aux acteurs du financement qui par absence de comptabilité analytique ne peuvent donner avec précision les informations clés sur leurs ressources.

Pour aider les Etats membres dans l'élaboration des CNS il serait donc judicieux d'entreprendre au niveau communautaire une réflexion sur l'harmonisation des Enquêtes Démographiques et de Santé et autres enquêtes de routines auprès des ménages réalisées dans l'Union. Cela permettra d'intégrer les questions relatives au financement de la santé en vue de favoriser la production d'informations utiles sur ce domaine.

- Le déficit de collaboration avec les acteurs du privé : il s'agit aussi bien des agents de financement privés que des prestataires privés. Ce déficit de collaboration se manifeste soit par le refus de fournir les informations demandées par les praticiens des CNS, soit par des informations non précises. La plupart des sociétés « n'ont fourni qu'un extrait notifiant globalement leurs dépenses sans préciser les prestataires ».

L'institutionnalisation des CNS dans l'Union, la sensibilisation des autorités aussi bien du public que du privé sur l'utilité des CNS et leur intégration dans les comités de pilotage des CNS, pourraient permettre d'améliorer la collaboration pour la production de CNS utiles.

- La présentation du rapport des CNS : En effet, la nomenclature Acteurs du financement et la présentation des tableaux adoptés par le Burkina diffèrent de celle des autres Etats de l'Union. Aussi, certaines de valeurs absentes dans les tableaux se sont révélées existantes à l'analyse de la base de données. Elles sont soit occultées dans le rapport ou affectées anormalement à d'autres cellules, ou encore, des coquilles incrustées dans les libellés des colonnes biaisent l'analyse des résultats. Cet état de fait pourrait être corrigé par l'adoption d'une présentation commune dans l'Union.

L'analyse de la pratique des CNS dans l'Union sous l'angle de l'exhaustivité des acteurs et de la complétude des tableaux, met en évidence l'hétérogénéité de la pratique des CNS et la faible possibilité d'utilisations des CNS à l'état actuel comme repères de performance sanitaires communautaires et outils de décisions pour la mise en œuvre de stratégie sanitaires communautaires. Il s'avère ainsi nécessaire de mettre en place un cadre *d'harmonisation et de consolidation de la pratique des CNS dans l'Union.*

VII CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

7.1 .Conclusion

La présente étude a permis d'analyser la pratique des CNS dans l'Union sous l'angle de l'exhaustivité des acteurs et de la complétude des tableaux. Nous aboutissons aux conclusions suivantes:

- Avec des systèmes de santé globalement similaires et bien qu'utilisant tous la méthode du guide, on note une *l'hétérogénéité* des acteurs pris en compte dans l'élaboration des CNS, une omission d'un pays à l'autre des acteurs de financement pourtant importants
- La plupart des flux entre les acteurs du financement de la santé dans l'Union sont partiellement renseignés et très peu de données fournies sont communes aux différents rapports des CNS dans l'Union.
- Les principaux facteurs agissant sur la complétude des tableaux dans l'un des Etats membres de l'Union pouvant être communs à l'Union, sont la déficience des outils de collecte de données, le déficit de collaboration des acteurs du privé et l'hétérogénéité des présentations et des nomenclatures.
- Du fait que tous les Etats Membres de l'Union ne sont pas engagés dans l'élaboration des CNS, et que le niveau d'information sur les flux entre les acteurs et l'hétérogénéité de leur prise en compte soit partiel, la pratique actuelle des CNS dans l'Union n'est pas efficace pour les suivis et évaluations du financement de la santé aussi bien niveau de chaque Etat membre qu'au niveau communautaire ; d'où un besoin d'institutionnalisation, d'harmonisation et de consolidation de la pratique des CNS au niveau de l'Union.

L'harmonisation et la consolidation ne sauraient être utiles à l'Union et aux Etats Membres si elles n'ont pour objet que l'exhaustivité des acteurs et la complétude des

tableaux. Elles requièrent aussi une analyse la production des informations au niveau de chaque Etat ;d'où la nécessité d'entreprendre une étude sur les sources et le traitement des données utilisées dans la production des CNS dans l'Union.

Nous préconisons donc, une étude plus poussée sur les métadonnées des CNS produits dans l'Union.

7.2 .Recommandations

Cette étude sur la pratique des CNS dans l'Union, a mis en exergue le besoin d'institutionnalisation, d'harmonisation et de consolidation des CNS dans l'Union.

Les recommandations de cette présente étude vont d'une part à l'endroit de la commission de l'UEMOA à qui nous proposons par cette réflexion pour l'exploration des voies et moyens d'aider les Etats dans le processus d'élaboration des CNS et d'autre part aux Etats membres de l'Union.

➤ Recommandations à l'égard de la Commission de l'Union.

Après cette étude sur l'état des lieux des CNS dans l'Union vu sous l'angle de l'exhaustivité des acteurs du financement et la complétude des tableaux, d'autres étapes restent à franchir avant d'atteindre l'harmonisation et la consolidation des CNS. Il serait souhaitable de conduire une étude sur les métadonnées des CNS produits et les sources d'informations potentielles dans l'Union.

➤ Recommandations à l'égard des équipes techniques et des comités de pilotage des CNS dans l'Union.

Exhortons les équipes techniques des CNS à une collaboration avec leurs homologues de la zone UEMOA afin de tirer profit des avancées réalisées dans la pratique des CNS dans les autres Etats.

Recommandons une implication de tous les acteurs intervenant dans le secteur de la santé dans les comités de pilotage des CNS afin de faciliter l'obtention des données.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

ANNEXE 1 : Cadre d'évaluation des CNS

Tableau 5: Tableau Source de financement par Agents de financement: CNS synthétique

Agents	Source	Libellés	FS111	FS112	FS12	FS21	FS22	FS23	FS3	FS9	Total
			Administration centrale	Administrations décentralisées	IPPTE	Employeurs	Ménages	ISBLM	Reste Du Monde	Non spécifiés	
HF1111	Ministère de la santé										
HF1112	Autres militaires										
HF113	Administrations décentralisées										
HF211	Régimes d'assurance maladie des fonctionnaires										
HF212	CNSS/CNPS/INPS/IPM										
HF213	Mutuelles de santé										
HF22	Sociétés d'assurance privées										
HF23	Paiement direct des ménages										
HF24	ONG										
HF25	Sociétés (hors assurance)										
HF3	Reste Du Monde										
Total											



Cellule doit contenir une donnée



Cellule ne doit pas contenir de données

Tableau 6: Tableau Agents de financement par Prestataires de soins: CNS synthétique

Agents	HF1111	HF1112	HF113	HF212	HF213	HF22	HF23	HF24	HF25	HF3	Total	
Prestataires	Libellés	Ministère de la santé	Autres Min.	Adm. Décentral.	CNSS/ CNPS/ INPS/ IPM	Mutuelles de santé	Assurance privées	Paiement direct des ménages	ONG	Sociétés (hors assurance)	Reste Du Monde	
HP1111	Hôpitaux généraux public du ministère de la santé											
HP1112	Autres hôpitaux généraux publics											
HP112	Hôpitaux privés											
HP12	Hôpitaux psychiatriques											
HP13	Hôpitaux spécialisés											
HP31	Cabinets de médecins											
HP32	Cabinets de dentistes											
HP33	Cabinets autres professionnels de santé											
HP341	Centres de santé MSP											
HP342	Centres de santé autre que MSP											
HP35	Laboratoires d'analyses											
HP392	CNTS											
HP399	Tradipraticiens											
HP4	Pharmacies et autres distributeurs											
HP5	Administration et gestion des programmes santé publique											
HP6	Administration générale de la santé et de l'assurance maladie											
HP8	Institutions de services sanitaires connexes											
HP9	Reste du monde											
HPnsk	Autres prestataires non spécifiés											
Total												

ANNEXE 2 : GUIDE D'ENTRETIEN

I. EXHAUSTIVITE DES ACTEURS DU FINANCEMENT.

1. Pouvez vous nous dire ce que vous incluez dans la catégorie « autres fonds » ?
Est-ce qu'il s'agit des fonds de l'initiative PPTÉ ?
2. Les fonds PPTÉ peuvent t-ils être directement reversés aux administrations décentralisées ?
3. Dans votre tableaux des dépenses des « Sources de financement par Agents de financement », l'on note l'existence de la Présidence de la République est un Agent de financement?
 - › Quelles sont les activités de santé que mène la Présidence?
 - › A quelle cible profitent ces dépenses ? Aux employés de la Présidence ou à tous les citoyens ?
4. Pouvez vous nous donner des précisions sur le flux entre « autres fonds publics » et les ministères de l'Agriculture et de l'Economie ? Quelles les activités de santé financées ?

II. COMPLETUDE DES TABLEAUX

Cette rubrique concerne essentiellement les difficultés rencontrées dans la capture des données.

1. Quelles ont été les difficultés dans la capture des données suivantes :
 - › part des fonds de l'administration centrale vers administrations décentralisées utilisé dans les questions de santé ;

- part des fonds des administrations décentralisées utilisés pour des activités sanitaires ;
 - cotisation des ménages dans les mutuelles de santé ;
 - primes payés par les ménages aux assurances commerciales ;
 - les fonds des ONG ;
- 2. Avec la décentralisation, l'on constate dans bon nombre de pays des transferts directs entre les partenaires au développement et les administrations décentralisées.
 - Est-ce le cas dans votre pays ?
 - Si oui, quelles difficultés avez-vous rencontré dans la capture de ces fonds ?
- 3. Bien que la CNSS soit financée à la fois par les cotisations des employeurs et celles des employés, nous remarquons dans le tableau « Sources de financement par Agent de financement » que seuls les fonds des employeurs ont été considéré comme source de financement de la CNSS.
 - Pourquoi n'avez-vous pas capturé l'apport des ménages à la CNSS ?
 - Ne pensez vous pas que cela aurait été possible par l'utilisation d'une clé de répartition sur la base des taux de cotisation ?
- 4. Pourquoi ne retrouve t-on pas les dépenses des autres ministères dans la matrice alors qu'elles apparaissent comme agent de financement dans la matrice précédente?
 - Ces fonds ont-ils été pris en compte ailleurs ?
- 5. Quelles difficultés avez-vous rencontré en ce qui concerne les dépenses de santé de la CNSS et des mutuelles de santé vers les prestataires ?

6. Pouvez vous nous expliquer les difficultés rencontrées quant à la capture des frais payés par les ménages dans les structures privées et publiques.
7. Quelles difficultés vous avez eu pour capturer le montant du recouvrement des coûts dans les hôpitaux spécialisés ?

CESAG - BIBLIOTHEQUE

ANNEXE 3 : Résultats de l'étude

Tableau 7: Présence de données dans les tableaux FS x HF

		Pays					
Sources	Agents	Bénin	Burkina	Mali	Niger	Score	
FS.1.1.1	HF1111	1	1	1	1	4/4	
	HF1112	1	1	1	1	4/4	
	HF113	0	0	0	0	0/4	
FS.1.1.2	HF113	1	0	1	1	3/4	
FS.1.2	HF1111	0	1	0	0	1/4	
FS.2.1	HF212	1	1	1	1	4/4	
	HF22	1	1	0	1	3/4	
	HF25	1	1	1	0	3/4	
FS.2.2	HF212	0	0	0	1	1/4	
	HF213	1	0	1	1	3/4	
	HF22	0	0	0	1	1/4	
	HF23	1	1	1	1	4/4	
	HF24	0	1	1	0	2/4	
FS.2.3	HF24	1	0	1	1	3/4	
FS.3	HF1111	1	1	1	1	4/4	
	HF1112	0	1	0	0	1/4	
	HF113	0	0	0	0	0/4	
	HF24	0	1	0	1	2/4	
	HF25	0	1	0	0	1/4	
	HF3	1	1	1	1	4/4	

Tableau 8: Présence de données dans les tableaux HF x HP

Agents	Prestataires	Pays				Score
		Bénin	Burkina	Mali	Niger	
HF1111	HP1111	1	1	1	1	4/4
	HP12	1	0	0	0	1/4
	HP13	1	1	1	0	3/4
	HP341	1	1	1	1	4/4
	HP342	0	0	1	0	1/4
	HP35	0	1	1	0	2/4
	HP392	0	1	1	0	2/4
	HP4	0	1	1	0	2/4
	HP5	0	1	1	0	2/4
	HP6	1	1	1	1	4/4
	HP8	1	1	1	1	4/4
HF1112	HP1111	1	0	1	0	2/4
	HP1112	1	0	0	0	1/4
	HP13	0	0	1	0	1/4
	HP342	1	0	0	1	2/4
	HP35	0	0	1	0	1/4
	HP392	0	0	1	0	1/4
	HP4	0	0	0	0	0/4
	HP5	0	0	1	0	1/4
	HP6	0	0	1	0	1/4
	HP8	0	0	1	0	1/4
HF113	HP1111	1	1	0	0	2/4
	HP13	0	1	0	0	1/4
	HP341	1	1	1	1	4/4
	HP342	0	0	1	0	1/4
	HP35	0	1	0	0	1/4
	HP392	0	1	0	0	1/4
	HP4	0	1	0	0	1/4
	HP5	0	1	0	0	1/4
	HP6	0	1	0	0	1/4
	HP8	0	1	0	1	2/4
	HP9	0	1	0	0	1/4

Tableau 9: Présence de données dans les tableaux HFxHP (suite)

Agents	Prestataires	Pays				Score
		Bénin	Burkina	Mali	Niger	
HF212	HP1111	1	0	1	0	2/4
	HP1112	0	0	0	0	0/4
	HP112	0	0	0	0	0/4
	HP12	0	0	0	0	0/4
	HP13	0	0	0	0	0/4
	HP31	0	0	0	0	0/4
	HP32	0	0	0	0	0/4
	HP33	0	0	1	0	1/4
	HP341	0	0	0	0	0/4
	HP342	1	0	1	1	3/4
	HP35	0	0	0	0	0/4
	HP392	0	0	0	0	0/4
	HP4	0	0	0	0	0/4
	HP6	0	0	0	0	0/4
HF213	HP1111	1	1	1	0	3/4
	HP1112	0	0	0	0	0/4
	HP112	0	0	1	0	1/4
	HP12	0	0	0	0	0/4
	HP13	0	0	0	0	0/4
	HP31	0	0	0	0	0/4
	HP32	0	0	0	0	0/4
	HP33	0	1	0	1	2/4
	HP341	0	1	0	0	1/4
	HP342	0	0	1	0	1/4
	HP35	0	0	1	0	1/4
	HP392	0	0	0	0	0/4
	HP4	0	0	1	0	1/4
	HP6	0	1	0	1	2/4
HF22	HP1111	1	1	0	0	2/4
	HP112	0	1	0	1	2/4
	HP13	0	1	0	0	1/4
	HP31	0	1	0	1	2/4
	HP32	0	1	0	0	1/4
	HP33	0	0	0	0	0/4
	HP35	0	0	0	0	0/4
	HP392	0	0	0	0	0/4
	HP4	0	1	0	1	2/4
	HP6	0	0	0	0	0/4

Tableau 10: Présence de données dans les tableaux HFxHP (suite)

Agents	Prestataires	Pays				Score
		Bénin	Burkina	Mali	Niger	
HF23	HP1111	1	1	1	1	4/4
	HP1112	1	0	0	0	1/4
	HP112	1	0	1	1	3/4
	HP12	1	0	0	0	1/4
	HP13	1	0	1	0	2/4
	HP31	1	0	1	0	2/4
	HP32	0	0	1	0	1/4
	HP33	0	0	1	1	2/4
	HP341	1	1	1	1	4/4
	HP342	0	0	1	1	2/4
	HP35	0	0	0	0	0/4
	HP392	0	0	1	0	1/4
	HP399	0	0	1	1	2/4
	HP4	1	1	1	1	4/4
	HP8	0	0	1	0	1/4
HF24	HP1111	1	0	0	0	1/4
	HP33	0	0	0	0	0/4
	HP341	0	0	0	0	0/4
	HP342	0	0	1	0	1/4
	HP399	0	0	1	0	1/4
	HP4	0	0	1	0	1/4
	HP5	0	0	0	0	0/4
	HP6	0	0	1	0	1/4
	HP8	0	0	1	0	1/4
HF25	HP1111	1	0	0	0	1/4
	HP112	0	1	0	0	1/4
	HP13	0	1	0	0	1/4
	HP31	0	1	0	0	1/4
	HP32	0	0	0	0	0/4
	HP33	0	0	1	0	1/4
	HP342	0	0	1	0	1/4
	HP35	0	1	0	0	1/4
	HP4	0	1	0	0	1/4
	HP8	0	1	0	0	1/4

Agents	Prestataires	Pays				Score
		Bénin	Burkina	Mali	Niger	
HF3	HP1111	1	1	1	1	4/4
	HP1112	0	0	0	0	0/4
	HP112	0	1	0	0	1/4
	HP12	0	0	0	0	0/4
	HP13	0	0	1	0	1/4
	HP341	1	0	1	1	3/4
	HP342	0	0	1	0	1/4
	HP35	0	0	1	0	1/4
	HP392	0	0	0	0	0/4
	HP399	0	0	1	0	1/4
	HP4	0	0	1	0	1/4
	HP5	0	1	0	0	1/4
	HP6	1	0	1	1	3/4
	HP8	0	1	1	0	2/4
	HP9	0	1	0	0	1/4

Tableau 11: Complétude des données par sources de financement : scores moyens dans l'Union

Agents	Sources						
	FS.1.1.1	FS.1.1.2	FS.1.2	FS.2.1	FS.2.2	FS.2.3	FS.3
HF1111	1		0,25				1
HF1112	1						0,25
HF113	0	0,75					0
HF212				1	0,25		
HF213					0,75		
HF22				0,75	0,25		
HF23					1		
HF24					0,5	0,75	0,5
HF25				0,75			0,25
HF3							1
Score moyen	0,667	0,75	0,25	0,8333	0,55	0,75	0,5

Tableau 12: Scores moyens des Agents de financement et des Prestataires de soins

Prestataires	Agents										Score moyen
	HF1111	HF1112	HF113	HF212	HF213	HF22	HF23	HF24	HF25	HF3	
HP1111	1	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	1	0,5	0,25	1	0,625
HP1112		0,25		0	0		0,25			0	0,1
HP112				0	0,25	0,5	0,75		0,25	0,25	0,333
HP12	0,25			0	0		0,25			0	0,1
HP13	0,75	0,25	0,25	0	0	0,25	0,5		0,25	0,25	0,278
HP31				0	0	0,5	0,5		0,25		0,25
HP32				0	0	0,25	0,25		0		0,1
HP33				0,25	0,25	0	0,5	0,25	0,25		0,25
HP341	1		1	0	0		1	0,25		0,75	0,571
HP342	0,25	0,5	0,25	0,75	0,25		0,5	0,25	0,25	0,25	0,361
HP35	0,5	0,25	0	0	0,25	0	0		0,25	0,25	0,167
HP392	0,5	0,25		0			0,25			0	0,2
HP399	0,25						0,5	0,25		0,25	0,313
HP4	0,5	0	0,25	0	0,25	0,5	1	0,25	0,25	0,25	0,325
HP5	0,5	0,25	0,25					0		0,25	0,25
HP6	1	0,25	0,25	0	0,25	0		0,5		0,75	0,375
HP8	1	0,25	0,5				0,25	0,25	0,25	0,5	0,429
HP9	0,5		0,25							0,25	0,333
Score moyen	0,61	0,27	0,35	0,11	0,15	0,28	0,5	0,28	0,22	0,33	

BIBLIOGRAPHIE

Rapport des CNS

Ministère de la Santé Publique du Bénin, Direction de la Programmation et de la Prospective, Comptes Nationaux de la Santé exercice 2003, Bénin, Avril 2006.

Ministère de la Santé du Burkina Faso, Direction des Etudes et de la Planification, Comptes Nationaux de la Santé exercice 2003. Burkina, Novembre 2005.

Ministère de la Santé du Mali, Comptes Nationaux de la Santé exercice 2004 ; Janvier 2007.

Ministère de la Santé et de la lutte contre les endémies du Niger, Comptes Nationaux de la Santé exercice 2004 ; Niger, Août 2006.

Générale

1. Abt Associate Inc., projet Phr plus
2. ASSI A.P. et All., Analyse de la situation des Orphelins et autres Enfants rendus Vulnérables du fait du VIH/sida (OEV) en Côte d'Ivoire dans les communes de : Abobo, Abengourou, Bondoukou, San-Pedro, Yamoussoukro et Yopougon, 2005
3. Association internationale de la sécurité sociale (AISS), extrait de la liste des membres affiliés.
4. ATIM C., Contribution des mutuelles de santé au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé en Afrique de l'ouest et du centre Mars 2002
5. BAMBA K. et All, Rapport pays Côte d'Ivoire, colloque sur la couverture du risque maladie en Afrique francophone, WBI - IMA, 2004

6. Banque Mondiale, Organisation Mondiale de la Santé, Agence des Etats-Unis pour le Développement International ; Guide pour l'élaboration des comptes nationaux de la santé, 2005
7. BENIN, Ministère de la santé Publique, Politique et Stratégies de développement du secteur santé 2002-2006, 2002
8. BURKINA FASO, Présentation de l'assurance maladie au Burkina, rapport pays, WBI_IMA 32
9. Centre de Recherche d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé (CREDES), Etude des systèmes d'information permettant d'évaluer l'impact des formules de financement de la santé, Nov. 2004
10. DEMBELE S., L'apport du Code de santé publique du Burkina dans l'amélioration de la dispensation des soins de santé : cas de la médecine traditionnelle, Agence Universitaire de la Francophonie, 2005
11. DRECHSLER D. et All, L'assurance maladie privée dans les pays en développement - une solution pour les pauvres ? Repères N° 11, 6 OCDE 2005
12. Fond Monétaire International (FMI), Fiche technique - septembre 2006, Allègements de dette au titre de l'initiative en faveur des pays pauvres très endettés (PPTE)
13. FOULON G. et All., Quel système de financement de l'accès aux soins des populations dans les PED ? Le cas des districts de santé au Burkina Faso, Monde en Développement vol33-2005/3-n°131
14. GAUTHE B., Sécurité Sociale pour le secteur informel au Bénin : Etude de faisabilité du projet national, ILO (Bureau International du Travail), Social Security Documentation Unit, <http://www-ilo-mirror.cornell.edu/public/english/protection/socsec/publ/index.htm>

15. GUINÉ-BISSAU, Ministério Da Saúde, Guia Técnico Nacional para a vigilância integrada das doenças e resposta, 2004
16. KONATE MK. et All., Politique de santé communautaire et viabilité économique et sociale des centres de santé communautaires au mali : Etude de cas en milieu urbain et rural, Document préliminaire préparé pour le projet RUIG/UNRISD 2003.
17. KOUKPO R., Le droit à la santé au Bénin: état des lieux, Agence Universitaire de la Francophonie, 2005
18. LETOURMY A., État et assurance maladie dans les pays africains, Communication aux XXVIème Journées des Économistes français de la santé CERDI, Clermont-Ferrand, 2003.
19. MALÉ T., La césarienne au Mali, FENASCOM, 2006
20. MALI, Décentralisation et développement local, communication atelier international : Décentralisation et développement local en zones arides, Marrakech 2006.
21. NAJOUM M., Mode de gestion pour les infrastructures sociales : La Gestion des Centres de Santé au Niger, 5e Rencontre du groupe de travail sur la Décentralisation en Afrique occidentale et centrale, 2003.
22. NANDAKURMA A.K. et Al, Synthesis of Findings from NHA Studies in Twenty-Six Countries, PHRplus, July 2004.
23. Organisation Mondiale de la Santé, Bureau Régional de l'Afrique, Financement de la santé : une stratégie pour la région africaine, rapport du Directeur régional, Cinquante-sixième session Comité Régional de L'Afrique, septembre 2006
24. Organisation Mondiale de la Santé, Health Metrics Network, 2000.

25. Organisation Mondiale de la Santé, Bureau Régional de l'Afrique, Profils Sanitaires des Pays : Guinée-Bissau, 2001
26. Organisation des Nations Unis (ONU) , Département de l'information, Dialogue de haut niveau sur les Migrations internationales et le développement, Assemblée générale des Nations Unies, 14 et 15 septembre 2006.
27. OUATTARA O., L'assurance maladie sociale dans les pays francophones d'Afrique au Sud du Sahara : Situation et réforme en cours
28. RIDDE V., Les mutuelles de santé en Afrique : pérennité et accès aux soins, 2001
29. SAKHO M et All, Etude des Stratégies de Mobilisation des Ressources dans le Secteur de la Santé: Le Cas du Sénégal, 1996
30. SUSNA et Al, Has Improved Availability of Health Expenditure Data Contributed to Evidence-Based Policymaking? Country Experiences with National Health Accounts, PHRplus, May 2003
31. TOGO, PNDS 02-06, Profil de Système de Santé de Pays, 2004
32. TOGO, Ministère de la Santé, Annuaire des statistiques sanitaires année 2003, Lomé 2004
33. Union Economique et Monétaire Ouest Africaine (UEMOA), Directive n° 04 /98/cm/ portant nomenclature budgétaire de l'Etat