



Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion

INSTITUT SUPERIEUR DE SANTE (ISS)

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES DE 3^{eme} CYCLE
Diplôme Supérieur d'Economie de la Santé (DSES)

LES COMPTES DE LA SANTE
CAS DU DISTRICT SANITAIRE DE SOTOUBOUA
(TOGO)

Présenté et soutenu par :
Dankom BAKUSA

Sous la direction de :
Dr Mo MENA
Directeur de l'Institut Supérieur de Santé au CESAG
Conseiller Régional de l'OMS

Dr Minzah PEKELE
Directeur de la Planification, de la Formation et de la
Recherche au Ministère de la Santé (Togo)
Coordonnateur de l'enquête nationale sur les Comptes
Nationaux de santé au TOGO

AVRIL 2004



M0061DSES04



2

e - DESS Economie de la Santé



Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion

INSTITUT SUPERIEUR DE SANTE (ISS)

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES DE 3^{ème} CYCLE
Diplôme Supérieur d'Economie de la Santé (DSES)

LES COMPTES DE LA SANTE
CAS DU DISTRICT SANITAIRE DE SOTOUBOUA
(TOGO)

Présenté et soutenu par :
Dankom **BAKUSA**

Sous la direction de :
Dr Mo **MENA**
Directeur de l'Institut Supérieur de Santé au CESAG
Conseiller Régional de l'OMS

Dr Minzah **PEKELE**
Directeur de la Planification, de la Formation et de la
Recherche au Ministère de la Santé (Togo)
Coordonnateur de l'enquête nationale sur les Comptes
Nationaux de santé au TOGO

AVRIL 2004

	.. PAGES
DEDICACES.....	4
REMERCIEMENTS	4
ACRONYMES	5
LISTE DES GRAPHIQUES	7
LISTE DES TABLEAUX.....	7
PLAN	
RESUME.....	1
INTRODUCTION.....	2
Première Partie : CADRE CONCEPTUEL	4
Chapitre 1 : CADRE DE L'ETUDE.....	5
1-1. Politique Nationale de Santé au TOGO.....	6
1-2. District Sanitaire de Sotouboua (DSS)	9
Chapitre 2 : DEFINITION DU PROBLEME DE RECHERCHE	15
2-1. Enoncé du problème	15
2-2. Justification de l'étude	17
2-3. Objectifs de l'étude	17
2-4.Utilisateurs de l'étude	18
Chapitre 3 : ETAT DES CONNAISSANCES.....	20
3-1 Définition des concepts.....	21
3-1-1 Définitions du réseau des CNS de l'AEA.....	21
1- Les CNS.....	21
2- Les sources de financement.....	21
3- Les intermédiaires de financement.....	22
4- Les affectations des ressources.....	22
4-1- Les prestataires.....	22
4-2- Les niveaux de soins.....	23
4-3- Les rubriques de dépenses.....	24
4-4- Les zones géographiques.....	24
3-1-2 Autres définition et classification.....	24
3-2 Exposés de quelques résultats.....	36
3-3 Synthèse de la revue de la littérature.....	30

Chapitre 4 : MODELE THEORIQUE ET QUESTIONS DE RECHERCHE.....	31
4.1 Modèle théorique.....	32
4.2 Questions de recherche.....	35
Chapitre 5 : METHODOLOGIE	36
5.1 Population à l'étude.....	37
5.2 Définition des variables à l'étude.....	39
5.3 Organisation et recueil des données.....	39
5.4 Qualité des instruments de mesure.....	43
5.5. Méthodes de traitement et d'analyse des données.....	43
 Deuxième partie : PRESENTATION DES RESULTATS ANALYSES ET DISCUSSIONS...45	
 Chapitre 6 : PRESENTATION DES RESULTATS.....	46
6.1 Collecte de données auprès des Prestataires de soins et Services connexes publics....	47
6.2 Collecte de données auprès des Pharmacies Privées.....	51
6.3 Collecte de données auprès des OI Partenaires de terrain.....	53
6.4 Collecte de données auprès des Thérapeutes traditionnels.....	55
6.5 Collecte de données relatives à la Vente Libre de Médicaments.....	57
Chapitre 7 : ANALYSES ET DISCUSSIONS DES RESULTATS.....	59
7.1 DCS par Opérations de Financement.....	63
7.2 Consommation des Soins et Biens Médicaux (CSBM)	66
7.3 Consommation des Soins de Médecine Préventive (CSMP)	73
7.4 Consommation Médicale Totale (CMT)	78
7.5 Mission de Santé Publique à Caractère Général (MSPCG)	80
7.6 Dépense Courante de Santé (DCS)	82
7.7 Dépense Préfectorale de Santé (DPS)	85
7.8 Synthèse de l'analyse des agrégats.....	88
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	92
ANNEXES.....	98
1. Guide d'entretien « Pharmacies privées »	99
2. Guide d'entretien « Thérapeutes traditionnels »	100
3. Guide d'entretien « Vente Libre de Médicaments »	101
BIBLIOGRAPHIE.....	102

DEDICACES

A **MA MERE** : pour m'avoir montré le bon chemin, repose en paix

A **MA FEMME** : pour ton soutien, ton grand amour et ton dévouement.

A **MES ENFANTS Elian & Liliane** : pour que vous fassiez mieux !

A **MON PAPA, MES FRERES ET SŒURS** : pour votre assistance.

REMERCIEMENTS

Nos remerciements s'adressent plus particulièrement à :

L'UEMOA (commission Bourses d'excellence) pour la bourse qu'elle a bien voulu nous accorder pour cette formation

La Direction Générale du Ministère de la Santé : pour toutes les dispositions qu'elle a prises pour rendre possible ce travail,

Dr Mo MENA (Directeur de l'Institut Supérieur de Santé au CESAG) pour avoir accepté d'encadrer ce mémoire et pour ces précieux conseils pour l'aboutissement heureux de cette formation

Dr Minzah PEKELE (Directeur de la Planification, de la Formation et de la Recherche au Ministère de la santé TOGO) pour non seulement avoir accepté de co-encadrer ce mémoire, mais aussi pour nous avoir suivi, guidé et conseillé tout au long de la formation.

Toute la direction de l'ISS, pour son soutien et ses conseils durant mon séjour à Dakar,

Messieurs les enseignants de l'Institut Supérieur de Santé pour leur disponibilité

Toute la Communauté togolaise du CESAG, pour son soutien

L'ensemble des stagiaires de la cinquième promotion du **DSES de l'ISS/CESAG** pour leur soutien

La GTZ-PADESS pour avoir financé l'enquête sur le terrain,

Dr Carlos GBAGUIDI, Conseiller Technique Principal du projet GTZ-PADESS pour ses précieux conseils.

La Direction Préfectorale de la Santé de Sotouboua pour son assistance et sa disponibilité qui nous ont facilité le travail.

ACRONYMES

AEA	Afrique de l'Est et Australe
AGR	Activités Génératrices de Revenus
APCD	Association Peuple culture développement
ASS	Afrique Sub Saharienne
ATBEF	Association Togolaise pour le Bien-être Familial
AVP	Accident de la Voie Publique
CHR	Centre Hospitalier Régional
CMS	Centre Médico-Social
CNS	Comptes Nationaux de la Santé
COGES	Comité de Gestion
DCS	Dépense Courante de Santé
DNES	Direction Nationale des Etablissements de Soins
DPS	Directeur (Direction) Préfectoral (e) de la Santé
DRS	Direction Régionale de la Santé
DS	District Sanitaire
DSS	District Sanitaire de Sotouboua
ECD	Equipe Cadre de District
EDS	Enquête démographique et de santé
FBCF	Formation brute de capital fixe
GTZ	(Coopération Technique Allemande)
HD	Hôpital de District
ISBL	Institutions Sans But Lucratif
MEG	Médicaments Essentiels et Génériques
MPE	Maladies à Potentiel Epidémique
MS	Ministère de la Santé
MSPCG	Mission de Santé Publique à Caractère Général
OI et OG	Organisme International et Organisme Gouvernemental
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PADESS	Programme d'Aide au Développement en Soins de Santé
PCA	Paquet Complémentaire d'Activités
PHR	Partnerships for Health Reforme
PMA	Paquet Minimum d'Activités

PNDS Plan National de Développement Sanitaire
PNLO Programme National de Lutte contre l'Onchocercose
PNLS Programme National de Lutte contre le Sida
PRA Pharmacie Régionale d'Approvisionnement
RN Route Nationale
SIS Système d'Information Sanitaire
SPIEC Service Préfectoral d'IEC
UNICEF Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USP Unité de Soins Périphérique (Dispensaire)
VDRL Veneral Deseases Research Laboratory

CESAG - BIBLIOTHEQUE

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique n°1 : Dépense Courante de Santé par Opérations de Financement du DSS-2002

Graphique n°2 : Consommation de Soins et Biens Médicaux (CSBM) DSS-2002

Graphique n°3 : Consommation de Soins de Médecine Préventive (CSMP) du DSS-2002

Graphique n°4 : Consommation Médicale Totale (CMT) du DSS-2002

Graphique n°5 : Mission de Santé Publique à Caractère Général (MSPCG) du DSS-2002

Graphique n°6 : Dépense Courante de Santé (DCS) du DSS-2002

Graphique n°7 : Dépense Préfectorale de Santé (DPS) du DSS-2002

LISTE DES TABLEAUX

Tableau n°1 : Répartition des formations sanitaires publiques par type et par région en 2001

Tableau n°2 : Répartition des formations sanitaires confessionnelles et à but non lucratif par Région en 2001

Tableau 3 : Situation du personnel de santé au niveau des 37 USP

Tableau 4 : Situation du personnel de santé au niveau de l'hôpital de district

Tableau 5 : Situation du personnel de santé au niveau de la direction préfectorale de la santé

Tableau 6 : Allocation Budgétaire de l'Etat au DSS

Tableau 7 : Recettes tarifaires (recouvrement de coûts) du DSS

Tableau 8 : Dépenses des Partenaires implantés du DSS

Tableau 9 : Récapitulatif par rubrique et par sources de revenus du DSS

Tableau 10 : Consommation Médicale Totale (CMT) de la CI- 1996

Tableau 11 : Dépense Courante de Santé (DCS) de la CI- 1996

- Tableau 12 : Prestataires de soins et services connexes (Année 2002)
- Tableau 13 : Dépenses des formations sanitaires publiques du DSS (Année 2002)
- Tableau 14 : Dépenses du DSS directement affectées dans les comptes de santé
- Tableau 15 : Autres dépenses publiques du DSS (Année 2002)
- Tableau 16: Types de pharmacies dans le DSS (Année 2002)
- Tableau 17: Dépenses des dépôts privés de pharmacie du DSS (Année 2002)
- Tableau 18: OI et OG implantés dans le DSS (Année 2002)
- Tableau 19: Dépenses des OI partenaires de terrain du DSS (Année 2002)
- Tableau 20: Dépenses des Thérapeutes traditionnels du DSS (Année 2002)
- Tableau 21: Synthèse de la Vente Libre de Médicaments dans le DSS (Année 2002)
- Tableau 22: Répartition par service des dépenses des tableaux 8 et 10
- Tableau 23: Récapitulatif des dépenses du DSS (Année 2002)
- Tableau 24: Dépense Courante de Santé par Opérations de financement
- Tableau 25: Consommation des Soins et Biens Médicaux (CSBM) du DSS
- Tableau n°26 : Répartition des malades hospitalisés par service dans le District Sanitaire de Sotouboua 2000 à 2002
- Tableau n°27: Répartition du nombre de jours d'hospitalisation par service dans le District Sanitaire de Sotouboua 2000 à 2002
- Tableau n°28 : Répartition des patients par intervention chirurgicale dans le l'Hôpital de District de Sotouboua 2001 à 2002
- Tableau n° 29 : Répartition des nouveaux cas avec taux de fréquentation en consultation curative par année de 2000 à 2002
- Tableau n° 30 : Répartition des malades par affections les plus fréquentes en consultation externe dans le district sanitaire de Sotouboua
- Tableau 31 : Activités du laboratoire et de la radiologie (année 2002)
- Tableau 32 : Consommation de Soins de Médecine Préventive (CSMP) du DSS

Tableau n° 33 : Répartition des antigènes administrés par année de 2000 à 2002 dans le District Sanitaire de Sotouboua

Tableau n° 34 : Indice de concentration des consultations en CPN de 2000 à 2002 dans le District Sanitaire de Sotouboua

Tableau n° 35 : Consultation Post- Natale des mères du DSS (Année 2002)

Tableau n° 36 : Répartition des taux de protection en PF par année 2000 à 2002 dans le District Sanitaire de Sotouboua

Tableau n° 37 : Répartition des cas de IST / SIDA, dans le District Sanitaire de Sotouboua de 2000 à 2002

Tableau n° 38 : Répartition des Maladies à Potentiel Epidémique notifiées de 2000 à 2002 dans le District Sanitaire de Sotouboua

Tableau n° 39 : Consommation Médicale Totale (CMT) du DSS-2002

Tableau n° 40 : Mission de Santé Publique à Caractère Général (MSPCG) Sanitaire de Sotouboua

Tableau n° 41 : Dépense Courante de Santé (DCS) du DSS-2002

Tableau n° 42 : Dépenses Préfectorale de Santé (DPS) du DSS-2002

Tableau 43 : Récapitulatif des agrégats et autres constantes caractéristiques des dépenses du DSS-2002

Tableau 44 : Coût moyen des soins par formation sanitaire publique

RESUME

Sous l'impulsion de l'OMS d'une part, et, mus par le désir de disposer d'outil adéquat de prise de décisions d'autre part, beaucoup de pays développent actuellement leurs comptes de la santé et parfois des comptes par pathologies. Notre étude qui aborde une approche microéconomie des comptes nationaux de la santé a consisté à réaliser les comptes d'un district sanitaire : celui du district sanitaire de Sotouboua au TOGO pour ses activités de l'année 2002.

La tendance actuelle des politiques de santé qui s'orientent vers **le pilotage de l'ensemble du système de santé** au détriment de la planification de la pyramide sanitaire publique, nécessite des outils de planification qui intègre les activités de tous les partenaires du système de santé. Les Comptes Nationaux de la Santé permettent de répondre à cette inquiétude, mais ces agrégats macroéconomiques généralement inhibent les disparités géographiques.

L'approche microéconomique des comptes de la santé, en plus de mettre en exergue les spécificités propres à chaque entité, aide à peaufiner la méthodologie de réalisation de ces comptes.

Notre **méthodologie** a consisté d'abord à identifier un district sanitaire (sur les trente cinq que compte le pays) sur la base des critères objectifs (plateau technique, paquets minimum et complémentaires d'activités, stabilité de la population cible), ensuite, à déterminer les principaux agrégats notamment la Consommation médicale, la Dépense Courante de Santé et la Dépense Préfectorale de Santé, et enfin, à identifier les principaux sources de financement de la dépense de santé ainsi que les principaux bénéficiaires de celle-ci.

Il ressort de l'analyse des **résultats**, au niveau des agrégats, que la Consommation Médicale Totale (CMT) s'élève à **373 048 394 Fcfa**, la Dépense Courante de Santé (DCS) se chiffre à **459 316 573 F CFA** et la Dépense Préfectorale de Santé à **485 520 528 F CFA** ; avec une **DPS per capita très faible de 3 067 F CFA** . Les ménages bénéficiaires des soins financent 58% de la DCS, suivi des organismes partenaires avec plus de 21% et de l'Etat avec 19%.

Par ailleurs, 46% de l'ensemble des dépenses effectuées dans le District Sanitaire de Sotouboua (DSS) au cours de l'année 2002 ont servi à financer les soins curatifs ; le reste, 54% des dépenses est occupé par les soins préventifs. De plus, seulement 2% des dépenses effectuées par les ménages, ont financé des soins préventifs.

Les résultats de la présente étude peuvent bien se rapprocher de ceux de tout district sanitaire du TOGO ou de la sous région. naissent

INTRODUCTION

Le contexte socio économique difficile que connaissent la plupart des pays de l'Afrique SubSaharienne (ASS) depuis la décennie 80 caractérisé entre autres par des Programmes d'Ajustement Structurel (PAS) et la dévaluation du franc CFA a amené ces pays à adopter de nouvelles stratégies de développement.

En effet, ces politiques de redressement économiques ont non seulement entraîné une diminution progressive des moyens et ressources des Etats mais en plus ils ont provoqué un appauvrissement accru de la population touchant à tous les secteurs socio économiques.

Le secteur de la santé dont l'Etat était le principal pourvoyeur de fonds est l'un des plus touchés avec une diminution sensible des ressources allouées, au moment même où la demande de santé était en constante croissance (accroissement rapide de la population, la pandémie du SIDA, la recrudescence de certaines maladies comme le Paludisme, et la Tuberculose....)

Dans ce contexte de baisse de ressources et d'accroissement des besoins, une utilisation rationnelle des moyens disponibles s'impose.

Pour relever ce défi et offrir un accès équitable et durable à des services de santé de qualité à la majorité de la population, la plupart des pays de l'ASS ont initié des réformes visant à améliorer l'efficacité et la gestion des services et système de santé.

Pour réussir cette mission, l'utilisation d'un outil de décision fiable est indispensable pour faire un choix judicieux entre les objectifs de santé, évaluer l'ensemble des méthodes alternatives de financement et allouer des ressources de manière efficace et efficiente.

Or, dans un contexte où le Système d'Information Sanitaire (SIS) n'est pas toujours très performant (l'information n'étant pas toujours disponible en temps réel et les données sur le financement quasi-absentes), l'apport des outils de décision habituels reste limité.

Les CNS constituent une approche de solution en ce sens qu'ils fournissent un schéma synthétique de l'ensemble des dépenses de santé en mettant en relation tous les intervenants du dispositif de financement de la santé à savoir les sources, les intermédiaires, les bénéficiaires et les prestataires.

Cet outil est utile à plusieurs niveaux :

- . en amont des politiques de réforme en permettant d'identifier les domaines prioritaires ;
- . en aval pour évaluer les performances des politiques et programmes.

L'importance que requiert le district sanitaire comme porte d'entrée des populations dans le système national de santé nous amène à y effectuer notre étude. Celle-ci se propose, suite à l'élaboration des comptes du District Sanitaire de Sotouboua (DSS) de contribuer à la mise en place de mécanismes, outils et procédures permettant de faire de l'élaboration des comptes des districts sanitaires une activité de routine.

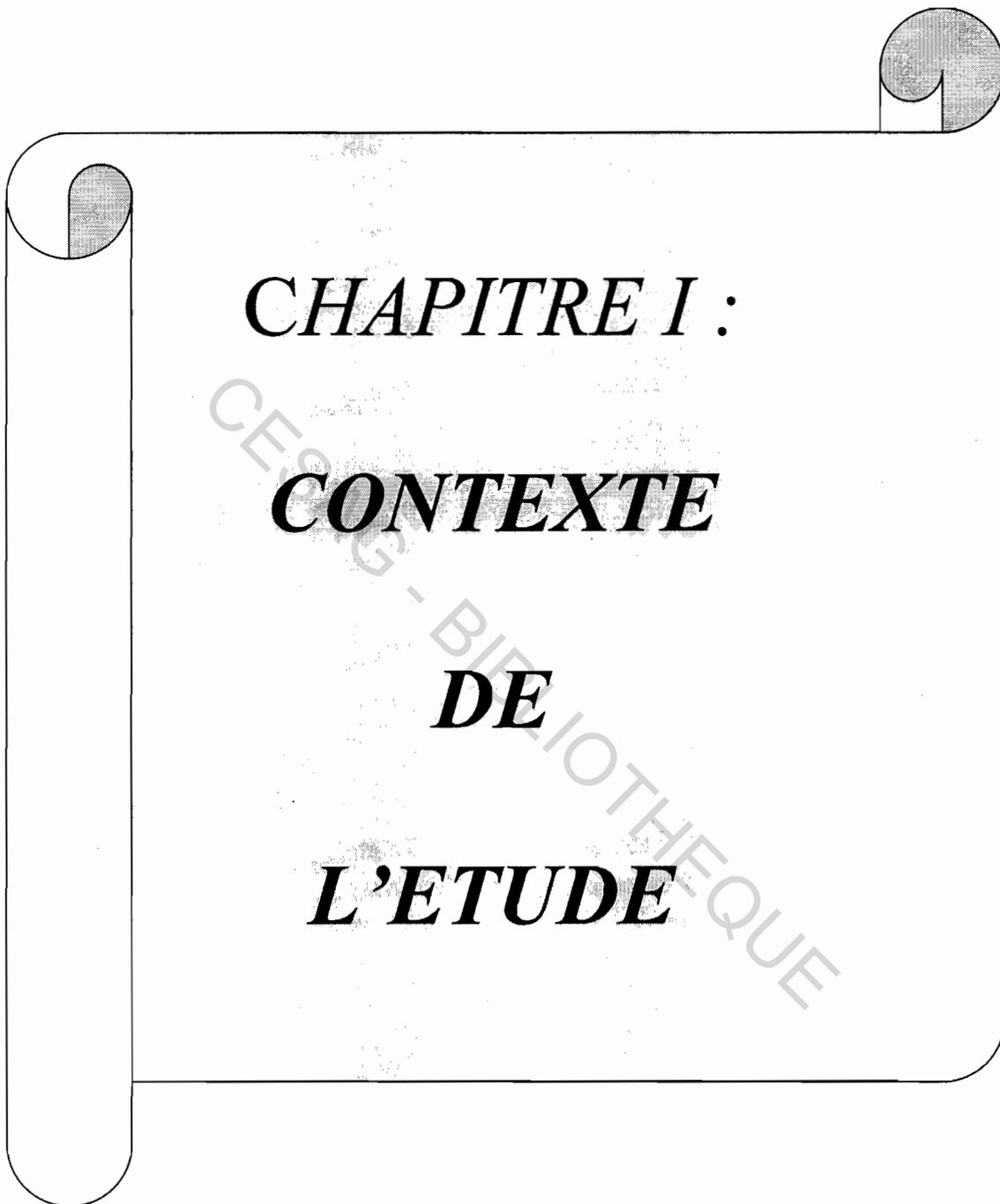
Nos différentes analyses des différents agrégats et les propositions (procédures, outils, mécanismes) seront exposées dans la deuxième partie de cette étude intitulée « **présentation et discussion des résultats** » après avoir présenté dans la première partie **le cadre conceptuel**.

A decorative border resembling a scroll, with rounded corners and a vertical strip on the left side. The text is centered within this border.

PREMIERE PARTIE :

CADRE

CONCEPTUEL



CHAPITRE I :

CONTEXTE

DE

L'ETUDE

Pays de l'Afrique occidentale, le TOGO couvre une superficie de 56.600 km² avec une population estimée en l'an 2000 à 4.529.000 habitants avec une densité de 80 habitants au Km². Le taux d'accroissement annuel est de 2,4% et la moitié de la population a moins de 15 ans (Ministère de la planification et du développement du Togo, 1998).

C'est un pays essentiellement agricole, dont la production est assujettie aux conditions climatiques. Ses recettes d'exportation, provenant essentiellement de la vente des phosphates ont chuté suite à la baisse des cours mondiaux. A ceci s'ajoutent les troubles socio politiques des années 1990 à 1993 et la dévaluation du Franc CFA qui ont accentué la dégradation des indicateurs sociaux.

L'indice de pauvreté est de 72,1% et celui de l'extrême pauvreté de 56,6% (au-dessus des moyennes observées dans la sous région). Le TOGO fait partie du groupe des pays pauvres très endettés (PPTE), et, par rapport à l'Indice de Développement Humain (IDH), il se classe (en 1999) à la 143^{ème} place sur 174 pays (Ministère de l'éducation nationale du TOGO, 1998).

Bien que le PIB nominal ait augmenté ces dernières années , de 749,4 milliards de F CFA en 1996 à 932,7 milliards de F CFA en 2000 (Ministère de la planification et du développement du Togo, 1998), l'économie togolaise reste fragile marquée par une balance de paiement déficitaire, une fluctuation des recettes d'exportation, l'étroitesse du marché et un revenu de plus en plus faible des habitants.

Par conséquent une partie importante de la population vit dans la précarité et éprouve d'énormes difficultés dans l'accès aux soins de santé.

1-1 POLITIQUE NATIONALE DE LA SANTE AU TOGO

1.1.1- Les priorités de la politique nationale de la santé

Dans le souci d'offrir des soins de santé de qualité au moindre coût à la majorité de la population, les autorités togolaises se fixent comme priorités :

- *de réaliser une couverture sanitaire aussi large que possible visant le rapprochement des services de santé des populations ;

- *de renforcer des actions d'information, d'éducation et de prévention des maladies dominantes ;

*d'inciter le secteur privé à contribuer à l'amélioration de la couverture sanitaire aussi bien en milieu rural qu'urbain ;

*d'approvisionner en médicaments essentiels toutes les formations sanitaires;

*d'encourager la recherche en pharmacopée traditionnelle ;

*de former du personnel suffisant et adapté aux besoins socio sanitaires. (Ministère de la Santé du TOGO, 2002)

Pour atteindre ces objectifs, trois grandes orientations stratégiques ont été adoptées avec une priorité absolue accordée aux soins de santé primaires; les deux autres orientations étant : l'amélioration de l'accessibilité et de la qualité des services de santé d'une part et la lutte contre la pauvreté dans le cadre de l'équité dans la mise en œuvre de la Santé Pour Tous d'autre part.

1.1.2- Organisation du système de santé

Aussi bien au niveau régional que préfectoral (district), le découpage sanitaire suit le découpage politico-administratif. Ainsi, le pays compte six régions sanitaires (Lomé-commune, Maritime, Plateaux, Centrale, Kara et Savanes), trente cinq districts sanitaires couvrant les trente préfectures et les cinq arrondissements de Lomé. (Ministère de la Santé du TOGO, 2002)

Les tableaux suivants donnent un aperçu de la couverture sanitaire en infrastructures à travers la répartition des formations sanitaires publiques par type et par région (Tableau n°1) et la répartition des formations sanitaires confessionnelles et à but lucratif et à non lucratif par région (Tableau n°2)

La région centrale où se trouve le district de notre étude n'a ni CHU, ni hôpital spécialisé ; 12% des formations sanitaires publiques y sont implantées. La région comporte quatre HD dont deux ont le plateau technique que requiert leur niveau : l'HD de Tchamba et l'HD de Sotouboua, district de notre étude.

Par ailleurs, on remarque avec le tableau 2 que 85% des formations sanitaires autres que publiques se trouvent dans Lomé-Commune montrant ainsi l'importance des cliniques et cabinets privés à Lomé et ses environs.

Sur les six « autres » formations sanitaires de la région centrale, quatre sont en approche contractuelle avec le Ministère de la santé ; elles disposent d'une aire sanitaire au même titre

que les USP, transmettent leurs rapports d'activités à la Direction Régionale de la Santé – Région Centrale mais sont totalement autonomes quant à leur gestion. Aucune de ces formations sanitaires ayant contracté ne se trouve dans le district de notre étude.

Tableau n°1 : Répartition des formations sanitaires publiques par type et par région en 2002

Type FS	Lomé-Commune	Maritime	Plateaux	Centrale	Kara	Savanes	Total
CHU	2	0	0	0	1	0	3
CHR	0	1	1	1	1	1	5
HOP SPECIALISEES	0	2	1	0	0	1	4
HP ou HD	1	4	8	4	6	3	26
POLYCLINIQUES	0	3	2	0	1	1	7
CMS	11	29	19	5	12	3	79
DISPENSARE	3	92	123	58	72	49	397
CENTRES DE PMI	0	3	11	0	4	4	22
ENSEMBLE	17	134	165	68	97	62	543

Source : PNDS 2002-2006

Tableau n°2 : Répartition des formations sanitaires confessionnelles et à but lucratif et non lucratif par Région en 2002

Type FS	Lomé-Commune	Maritime	Plateaux	Centrale	Kara	Savanes	Total
Hop confessionnel	0	1	4	1	0	1	7
Cliniques ou cabinets privés	110	0	0	1	2	1	114
Autres	95	0	0	6	14	6	121
Ensemble	205	23	23	8	16	8	242

Source : PNDS 2002-2006

La médecine traditionnelle joue également un rôle important et constitue parfois le premier recours avant l'hôpital ou le centre de santé; et certains malades ne se décident à aller à l'hôpital que quand ils sont dans un état grabataire. Les dépenses des ménages auprès de ces guérisseurs peuvent parfois dépasser de loin celles effectuées à l'hôpital. Il existe une association de thérapeutes traditionnels représentée dans chaque région qui collabore avec les praticiens de la médecine moderne.

1.1.3- le financement de la santé

L'Etat et les ménages constituent les principaux financeurs de la santé ; l'activité des intermédiaires (les mutuelles de santé, les assurances maladies privées, les employeurs privés) étant peu développée. A ceux ci s'ajoute l'apport des partenaires bilatéraux, multilatéraux, des ONG et des associations professionnelles, confessionnelles et caritatives.

1.2 LE DISTRICT SANITAIRE DE SOTOUBOUA (DSS) (District Sanitaire de Sotouboua, 2003)

Le DSS couvre une superficie de 4586km² avec une population estimée en 2002 à 158.324 hbts. Il est situé à 285 km au Nord de la capitale (Lomé), à 54 km du chef lieu de la région centrale (Sokodé) et est traversé par la Nationale N°1.

Le District de Sotouboua est limité au Nord par le District de Tchaoudjo et Bassar , au Sud par la District de Blitta , à l'Est par le District de Tchamba et à l'Ouest par la République du Ghana

1.2.1 Situation socio-économique

***Agriculture**

L'agriculture constitue la principale activité économique de la préfecture de Sotouboua et occupe presque 95% de la population active.

Les principales cultures en 2002 peuvent se résumer comme suit : d'une part les cultures vivrières : Sorgho (29%), Maïs (36%) , Igname (5%), Niébé (9%), Arachide (11%) et Manioc (10%) et d'autre part les cultures de rentes : Coton (39%) , Soja (33%), Riz (16%) et Karité (12%).

Actuellement, beaucoup de paysans ont tendance à réduire leurs superficies de cultures vivrières au profit de celle du coton.

***Elevage**

L'élevage est associé à l'agriculture et on y trouve les porcins, les caprins, ovins, bovins et de la volaille. L'élevage sert à améliorer le pouvoir d'achat des ménages et à leur fournir des protéines animales.

***La pêche**

La pêche n'est pratiquée que par les populations riveraines des cours d'eaux cités plus haut. Sa part dans l'économie de la préfecture et dans l'approvisionnement en protéine animale de la population est négligeable. Quant à la pisciculture, elle est quasi inexistante. Les poissons consommés proviennent de la capitale (pêche maritime) et sont vendus par les chambres froides.

***Pouvoir d'achat**

Les difficultés économiques de l'Etat , les moyens rudimentaires de production (houes, daba, hache, coupe-coupe) des paysans font que le pouvoir d'achat dans le district reste faible comme dans l'ensemble du pays.

***Autres activités génératrices de revenus (industrie artisanat)**

Il n'existe pas d'industrie en activité dans la préfecture de Sotouboua, mais des installations d'unités de transformation des denrées alimentaires sont en projet.

L'artisanat reste une activité non négligeable dans la préfecture de Sotouboua ; on y trouve : la poterie, le tissage, la vannerie, la cordonnerie, la forge, la menuiserie, la mécanique, la soudure, la sculpture.

1.2.2 Situation sanitaire

Sur le plan structures sanitaires, le DSS se compose d'un HD, de 17 USP (3 CMS et 14 Dispensaires) et de 16 Cases de santé (dont 6 fonctionnels) couronnés sur le plan administratif par une Direction Préfectorale de la Santé (DPS) dirigée par un médecin de santé publique. Les organigrammes fonctionnel et structurel du DSS sont donnés en annexe.

Le DSS est un district pilote ayant un plateau technique (notamment l'existence d'un bloc chirurgical, d'un service d'imageries médicales et d'un laboratoire) qui répond aux normes de l'OMS en matière de définition d'un district. Le bloc opératoire est mis en service courant 2001 ; sa construction et son équipement ayant été financés avec le concours de la GTZ qui en plus prend en charge une partie de la rémunération du personnel nécessaire au fonctionnement de ce service.

En ce qui concerne le **personnel du DS de Sotouboua**, en se référant aux normes fixées dans le plan de développement sanitaire du district (District Sanitaire de Sotouboua, 2002), les tableaux n° 3, 4 et 5 ci-après les détails sur les normes, les existants et les besoins en matière de personnel.

On notera que, quel que soit le niveau où l'on se trouve, il y a un problème d'insuffisance du personnel nécessaire pour fournir les prestations requises.

Tableau 3: Situation du personnel au niveau des USP (17 USP dont 3 CMS)

DESIGATION	NORMES	EXISTANTS	BESOINS
MEDECIN OU ASSISTANT MEDICAL	03	00	03
INFIRMIE D'ETAT	17	08	09
SAGE FEMME	03	02	01
ACCOUCHEUSE AUXILIAIRE	17	07	10
ASSISTANT D'HYGIENE	17	00	17
INFIRMIER AUXILIAIRE	-	06	-
AIDE SOIGNANT	17	06	11

Source : PNDS 2002-2006

Tableau 4: Situation du personnel au niveau de l'Hôpital de District

DESIGATION	NORMES	EXISTANTS	BESOINS
MEDECIN	02	01	01
ASSISTANT MEDICAL	02	01	01
INFIRMIE D'ETAT/ AUXILIAIRE	10	04	06
SAGE FEMME	04	01	03
ACCOUCHEUSE AUXILIAIRE	03	03	00
ASSISTANT D'HYGIENE	01	01	00
ANESTHESISTE	01	01	00
Technicien Supérieur de Radio	01	01	00
KINESITHERAPEUTE	01	01	00
Technicien Supérieur de Labo	01	01	00
Technicien de Labo	01	01	00
ADMINISTEUR GESTIONNAIRE	01	00	01
COMPTABLE	01	01	00
SECRETAIRE	01	00	01
INSTRUMENTISTE	01	00	01
DENTISTE	01	00	01
AGENT DE MAINTENANCE	03	00	03
CHAUFFEUR	02	01	01
AGENT D'ENTRETIEN	06	02	04

Source : PNDS 2002-2006

Tableau 5: Situation du personnel au niveau de la Direction Préfectorale de la Santé

DESIGATION	NORMES	EXISTANTS	BESOINS
MEDECIN DE SANTE PUBLIQUE	01	01	00
COMPTABLE GESTONNAIRE	01	00	01
STATISTICIEN	01	00	01
TSGS	01	01	00
SECRETAIRE	01	00	01
PHARMACIEN	01	00	01
CHAUFFEUR	01	01	00
GARCON OU FILLE DE SALLE	02	01	01
GARDIEN DE NUIT	01	01	00

Source : PNDS 2002-2006

S'agissant **de la gestion financière du DSS**, les tableaux suivants présentent l'allocation budgétaire de l'ETAT, les recettes des tarifications dites de recouvrement de coûts, les apports de certains partenaires et le tableau récapitulatif de la gestion.

Tableau 6 : Allocation Budgétaire de l'Etat (Crédits délégués)au DSS

N°	LIBELLES	MONTANT ALLOUE en F CFA		
		2000	2001	2002
1	Fournitures de bureau	2 800 000	3 000 000	2 000 000
2	Habillement	1 800 000	1 024 000	1 000 000
3	Entretien des bureaux	5 500 000	3 500 000	2 500 000
4	Entretien véhicules	3 000 000	2 500 000	2 500 000
5	Entretien matériel et mobilier	1 300 000	500 000	800 000
6	Entretien bâtiment	-	3 000 000	1 000 000
7	Eau	3 500 000	-	-
8	Electricité	11 000 000	-	-
9	Gaz	-	-	3 500 000
10	Abonnement	-	150 000	75 000
11	Poste et affranchissement	24 000	24 000	-
12	Impression documentation	-	-	500 000
13	Salaire du personnel	70 555 626	78 266 649	85 683 578
	TOTAL	101 779 626	93 964 649	101 558 578

Source : Rapport annuel des activités du DSS (Année 2002)

Seuls les salaires payés aux agents et les crédits d'eau et d'électricité sont réellement consommés. L'augmentation des salaires (9%) due à l'affectation de fonctionnaires au bloc chirurgical justifie en grande partie la variation de l'allocation de l'Etat .

Tableau 7 : Recettes tarifaires (recouvrement de coûts) du DSS

	Montant en F CFA	2000	2001	2002
	LIBELLES			
1	Médicament	71 341 995	88 095 260	107 894 390
2	Supports de données	2 990 990	2 925 660	4 336 530
3	Consultations et soins	12 947 275	20 696 740	31 548 340
4	Hospitalisation	821 650	1 677 425	3 180 890
5	Laboratoire / Radiologie	2 082 590	4 087 000	7 287 340
6	Autres recettes	771 150	1 347 885	4 417 300
	TOTAL	90 955 650	118 829 970	158 664 790

Source : Rapport annuel des activités du DSS (Année 2002)

L'ouverture du bloc opératoire et du service de radiologie ainsi que l'application de nouveaux tarifs des actes expliquent cet accroissement des recettes en 2002. En outre les fonds propres des formations sanitaires sont constitués à plus de 73% en moyenne des recettes de pharmacie. Ceci montre que la survie des formations sanitaires est liée pour une large part à leur pharmacie.

Tableau 8 : Dépenses des Partenaires implantés dans le DSS

PARTENAIRES	DEPENSES en F CFA		
	2000	2001	2002
GTZ / PADESS		1 085 902	3 058 400
DRS – RC	2 834 440	7 894 260	2 522 400
Autres Partenaires		3 248 092	
TOTAL	2 834 440	12 228 254	5 580 800

Source : Rapport annuel des activités du DSS (Année 2002)

Les montants attribués aux partenaires ne correspondent qu'à la partie des dépenses qui ont été effectuées par les services du district et donc inférieurs aux apports réels des partenaires. Leurs réels apports sont consignés dans le tableau n°24.

Par ailleurs, le tableau n°9 suivant récapitule par rubrique et par sources les ressources propres des formations sanitaires publiques du DSS de 2000 à 2002.

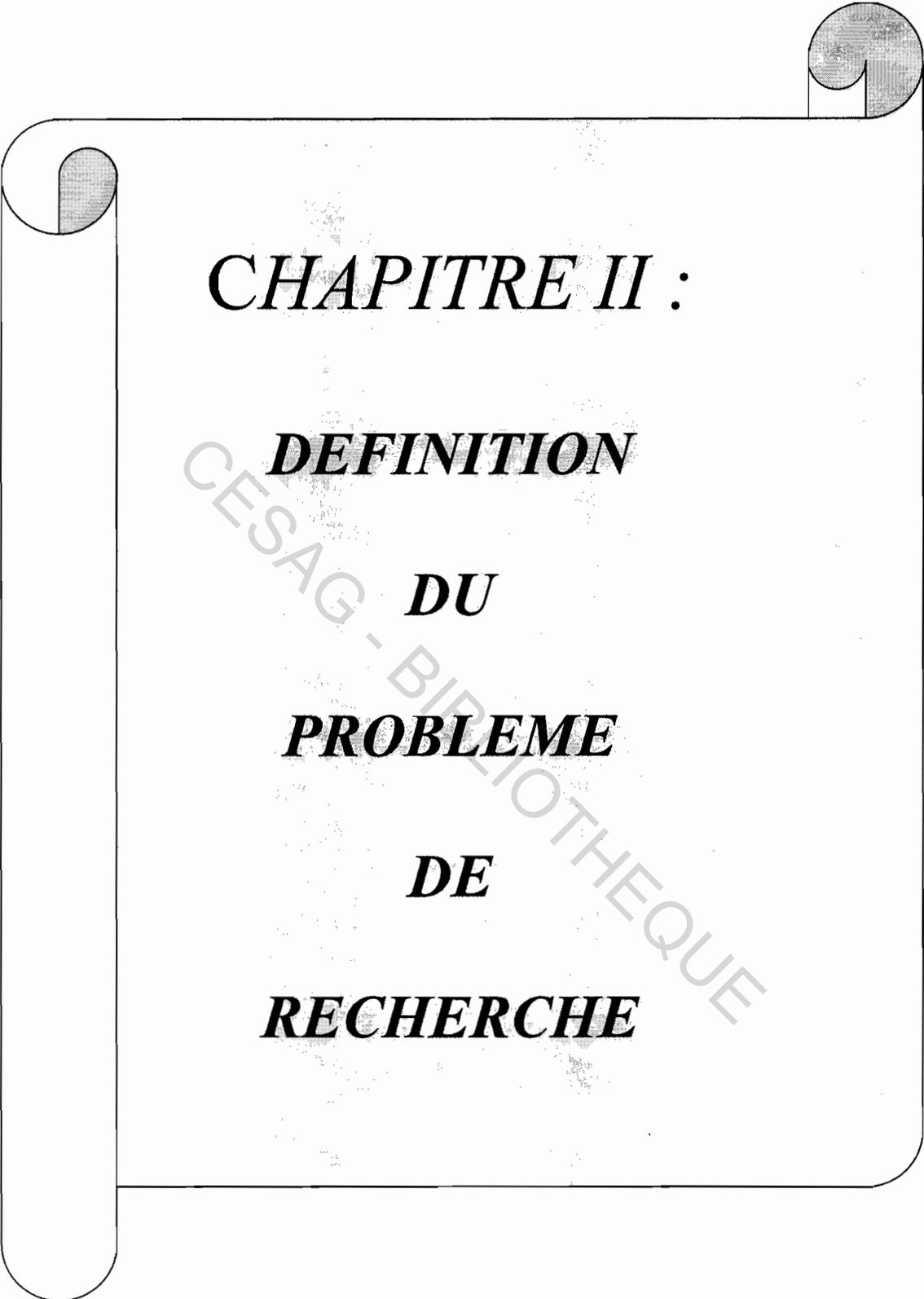
Ces recettes proviennent des recouvrements de coûts qu'effectuent ces formations sanitaires.

Tableau 9 : Récapitulatif par rubrique et par sources de revenus du DSS

RUBRIQUES	ANNEES		
	2000	2001	2002
Recettes tarifaires en FCFA	90 955 650	118 829 970	158 664 790
Différence relative par rapport aux recettes de l'année précédente	4%	31%	34%
Total des dépenses de fonctionnement	84 762 065	106 393 395	144 833 677
Taux de recouvrement sur fonds propres	107%	112%	110%
Total des actes	57 884	65 494	74 365
Recette moyenne par acte (RMA)	1 571	1 814	2 134
Coût moyen par acte (CMA)	1 464	1 624	1 948

Source : Rapport annuel des activités du DSS (Année 2002)

Les RMA restent supérieures au CMA sur les trois ans expliquant les taux d'accroissement supérieurs à 100% d'une part. D'autre part ils sont élevés du fait qu'au niveau de l'Hôpital de District la RAM varie entre 4000 et 5000 F CFA alors que la CMA varie entre 3000 et 5000 F CFA.



CHAPITRE II :

DEFINITION

DU

PROBLEME

DE

RECHERCHE

2.1 ENONCE DU PROBLEME

Malgré les efforts des autorités togolaises en vue d'étendre les services de soins d'une qualité acceptable à la grande majorité de la population, le taux de couverture reste faible (42%) et varie considérablement d'une zone sanitaire à une autre. Diverses études ont conduit à retenir parmi les problèmes qui empêchent la réalisation de ces objectifs :

- * les contraintes budgétaires ;
- * la sur-concentration des ressources sur des infrastructures de santé de haut niveau (essentiellement en zones urbaines) qui ne profitent qu'à relativement peu de gens. (Banque Mondiale, 1993)
- * Les inégalités dominantes dans la santé dans la mesure où les ménages les plus pauvres n'ont pas accès aux soins de qualité (Banque Mondiale, 1994) ;
- * L'existence de systèmes de financement peu équitables (OMS, 2000) ;
- * un secteur privé onéreux et en rapide progression mais peu réglementé ; (Réseau des CNS, 2003)

Le manque aigu de ressources en soins de santé est aggravé par une multitude de facteurs dont une performance macro économique faible, une rapide progression de la population, la pandémie du SIDA et le paludisme.

Aux décideurs chargés d'évaluer la performance du système de soins et de proposer de nouvelles orientations possibles, les informations et données économiques et financières leur parviennent de façon non centralisée.

La question se pose alors de savoir s'il n'existe pas d'outil qui intègre toutes ces dimensions de la performance de façon à mieux éclairer le décideur non seulement dans le choix des priorités et de leur mise en œuvre ; mais encore pour lui permettre à un moment donné de pouvoir évaluer les résultats de ses options.

Les CNS constituent une approche de solution à cette inquiétude ; et, en plus, quand ils sont réalisés à l'échelle d'un district, ils permettent de spécifier des problèmes propres à celui-ci tout en facilitant les comparaisons entre entités plus petites comme les USP.

2.2 JUSTIFICATION DE L'ETUDE

Du fait de la rareté des ressources, la prise de décisions efficaces nécessite que l'on dispose d'informations pertinentes en particulier économiques et financières, de qualité et surtout facilement exploitables. Or dans un contexte où le Système d'Information Sanitaire (SIS) n'est pas toujours très opérationnel et performant (les données ne sont pas toujours de qualité, ni fiables et parfois non disponibles), l'apport des outils de décision habituels reste limité. Les comptes de la santé s'analysent donc comme un outil qui dans la complémentarité des outils habituels offrent aux décideurs plus d'arguments convaincants.

En effet ils peuvent aider à développer des stratégies de réformes et à contrôler leurs effets sur les financements et dépenses de santé de plusieurs manières importantes à savoir :

1-élaborer une structure détaillée des comptes de la santé applicable à l'analyse politique.

2- aider les analystes nationaux à comparer leurs systèmes de soins à ceux d'autres pays. Ceci fournit des contributions précieuses sur ce qui peut être réalisé et aide à fixer des objectifs et seuils à atteindre en matière de résultats.

3- fournir un cadre d'analyse de l'impact financier des propositions de réforme du système sanitaire pouvant être utilisé pour développer des projections financières et élaborer des efforts de contrôle.

2.3 OBJECTIF DE L'ETUDE

2.3.1 OBJECTIF GENERAL

Contribuer à faire de l'élaboration des comptes de la santé une activité périodique, voire de routine.

2.3.2 OBJECTIFS SPECIFIQUES

1. Déterminer les principaux agrégats des comptes de la santé du DS notamment :

- La Consommation de Soins et Biens Médicaux (CSBM),
- La Consommation des Soins de Médecine Préventive (CSMP),
- La Consommation Médicale Totale (CMT) ,
- La Dépense Courante de Santé (DCS)
- et la Dépense Préfectorale de Santé (DPS).

2. Analyser ces agrégats à différents points de vue (Prestataires, Bénéficiaires, Sources et Intermédiaires de financement)

3. Recommander des domaines pour la réforme dans le but d'améliorer l'équité et l'efficacité du financement du secteur de la santé dans le DSS .

4. Suggérer une méthodologie appropriée (mécanismes, outils de collecte des informations et stratégies adaptés) pour la réalisation des Comptes de santé des districts et des CNS.

5. Exploiter les résultats de cette étude lors de l'élaboration des CNS.

2.4 UTILISATEURS DE L'ETUDE

Pour tous les utilisateurs de cette étude, les comptes de la santé constituent avant tout, un outil supplémentaire de prise de décisions mis à leur disposition.

Pour les autorités togolaises (Ministère de la Santé) : apprécier la part des ressources apportées par chacun des partenaires du secteur de la santé , ainsi que l'utilisation finale qui est faite de ces ressources dans ce district.

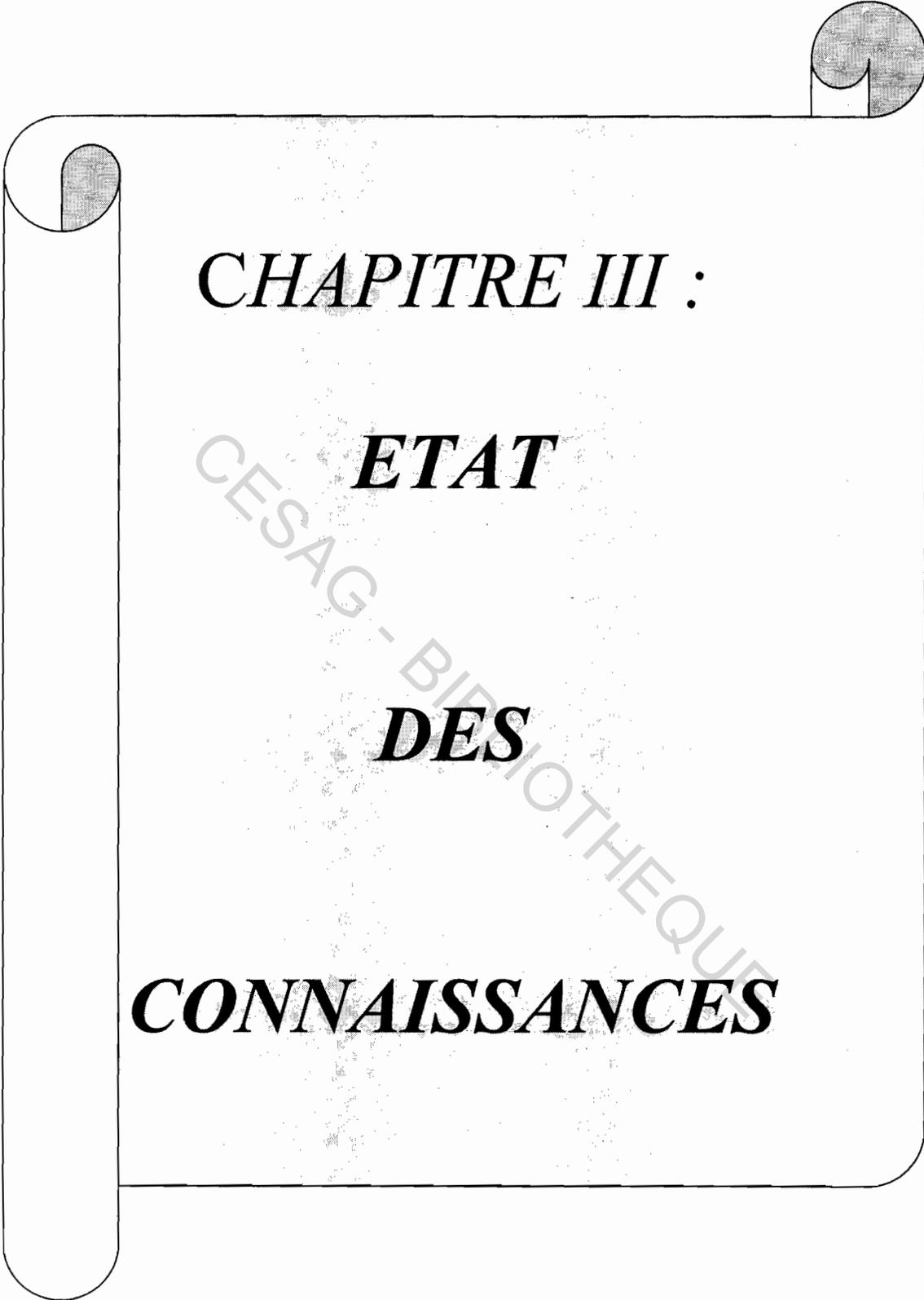
Pour les prestataires de soins du district : mieux connaître les centre de coûts et les prestations qui consomment plus de ressources.

Pour les partenaires internationaux et nationaux : connaître |à où sont utilisés les fonds qu'ils mettent à la disposition du secteur de la santé ainsi sa proportion de contribution dans les dépenses totales de santé .

Pour les patients bénéficiaires des soins : apprécier l'effort qu'ils effectuent en rapport avec les autres financeurs de la santé ainsi que l'usage qu'est fait des fonds de recouvrement.

Pour la recherche : ce travail constitue un jalon de notre contribution à sa progression. Vu la place qu'occupe le district comme porte d'entrée dans le système de santé, l'approche district des comptes de la santé permet non seulement d'effectuer les mêmes analyses qu'au niveau macroéconomie mais encore de comparer des entités plus petites répondant à des normes communément admises et ainsi faire ressortir des particularités qui se noient lors de l'élaboration des agrégats nationaux .

Pour Nous même : mettre en pratique les connaissances acquises, notamment sur les CNS ainsi que l'application de quelques outils de collecte et de traitement de données.



CHAPITRE III :

ETAT

DES

CONNAISSANCES

3-1 DEFINITION DES CONCEPTS

3-1-1 : Définitions du Réseau des CNS utilisées par les pays en Afrique de l'Est et Australe (AEA) et proposées aux pays de l'Afrique Centrale et de l'Ouest (Réseau des CNS, 2003)

1- LES CNS

Les CNS constituent un outil qui offre un cadre permettant de mesurer les dépenses totales de santé, tant publiques que privées, y compris celles des ménages. Il permet de suivre la circulation des ressources financières dans le système de santé depuis leurs sources, notamment les agents financiers, jusqu'à la destination de ces fonds, celle-ci pouvant être soit les prestataires de service, soit les fonctions du système de santé, les maladies ou les interventions.

« L 'outil permet de répondre aux questions suivantes :

Qui paie les biens et services de santé ?

Combien est dépensé, sur quels types de services de santé ?

Qui bénéficie des dépenses de santé ?

Ces informations sont cruciales pour comprendre le fonctionnement de tout système de santé et pour prendre des décisions de politique judicieuses pour le financement de la santé. (allAfrica.com , 2003)

2- LES SOURCES DE FINANCEMENT

On considère trois sources de financement : Publiques, Bailleurs et Privées.

Les sources **publiques** comprennent le Ministère des Finances (MF), les Gouvernements locaux et provinciaux et les employeurs publics / parapublics.

Les **bailleurs** comprennent les organismes internationaux (OI)et les ONG (Organisations Non Gouvernementales) .

Dans les sources **privées** on note les employeurs privés, les dépenses à la charge des ménages et tous les autres financements non classifiables.

3- LES INTERMEDIAIRES DE FINANCEMENT

Il s'agit des agents qui paient ou achètent les services de santé, c'est à dire qui reçoivent des fonds venant des sources et les transfèrent vers les prestataires. Ils peuvent posséder et diriger des structures de soins (comme le MS) ou payer des prestations fournies par d'autres (comme les compagnies d'assurance maladie privée).

Les intermédiaires financiers seront scindés en deux groupes :

dans le premier on retrouve le MS , l'assurance sociale, d'autres ministères , les employeurs publics , préfectoraux et les administrations locales ;

dans le second on a les ménages, les OI, les ONG , les employeurs privés et l'assurance privée.

4- LES AFFECTATIONS DES FONDS

Les allocations de fonds peuvent être analysées soit en fonction des prestataires/institutions ou des niveaux de soins ; soit par rubriques de dépenses soit par zones géographiques correspondant ou non aux aires sanitaires des formations sanitaires .

4-1 LES PRESTATAIRES

Dans le cadre d'une analyse de la dépenses par type de prestataires, ces catégories communément utilisées seront appliquées là où il était possible de le faire. Ainsi on distingue :

a) **Les Hôpitaux** : ils comprennent les soins de niveau secondaire et tertiaire dispensés dans tous les services d'hospitalisation. Ils comprennent aussi tous les centres médico-sociaux couverts par les hôpitaux ainsi que tous les produits pharmaceutiques et coûts administratifs associés aux opérations de ces institutions.

b) **Les centres de soins externes (les soins ambulatoires)** : cette catégorie couvre les dépenses inhérentes aux centres de soins et centres médico-sociaux aussi bien ruraux et urbains que les dispensaires et postes de santé, les deux dernières catégories constituant les points d'accès les plus bas du système de santé. Bien que l'on reconnaisse que, occasionnellement les soins d'hospitalisation sont dispensés dans des centres de santé, ils ont été classifiés sous la rubrique « Prestataires de soins ambulatoires » et non dans « les soins hospitaliers »

c) **Les programmes de santé publique** : il s'agit de la gestion des programmes verticaux aussi bien au plan national qu'à des niveaux inférieurs de système sanitaire.

d) **Les « prestataires » de produits pharmaceutiques et médicaux** : Les dépenses du secteur public en médicaments sont prises en compte par le volet institutions/prestataires ou dans le cadre d'un système de central d'achat et de distribution. Dans le secteur privé, cette catégorie comprend les pharmacies commerciales, les vendeurs et les points de vente de médicaments.

e) **L'administration** : il s'agit des coûts administratifs associés au planning et à la gestion du système sanitaire. Cependant, là où il existe un lien entre l'administration et une activité spécifique (tels que soins hospitaliers ou recherche), ces coûts sont répertoriés dans la dite activité plutôt que dans la classification générique d'administration.

f) **Les dépenses effectuées par d'autres prestataires** : les autres prestataires incluent ceux dont les dépenses représentent une petite proportion des dépenses totales. Pour cette raison, ils seront rassemblés dans les tableaux de résumé.

g) **Les dépenses non classifiables** : elles recensent les dépenses ne pouvant être affectées à aucun prestataire spécifique.

4-2 LES NIVEAUX DE SOINS

Cette analyse range les frais de santé à trois niveaux de soins de santé : primaire, moyen et tertiaire ; ce qui correspond en fait à différents types de services de santé. Elle ne fait pas de distinction entre les différents niveaux de soins dispensés dans une même institution (c'est à dire soins internes et soins externes) ; bien qu'on reconnaisse que dans la plupart des cas, le service tertiaire dispense aussi des soins externes dont la plus grande part est primaire ainsi que d'autres niveaux de soins internes.

a) **Les soins tertiaires** : ils couvrent les hôpitaux plus grands et plus spécialisés qui offrent un niveau plus élevé de soins spécialisés. Ils comprennent tous les hôpitaux tertiaires ; services spécialisés, spécialistes et CHU.

b) **Le niveau moyen des soins** : (niveaux primaire et secondaire). Il s'agit des institutions considérées comme étant à un niveau intermédiaire de prestations de soins (c'est à dire celles non couvertes par les précédents). Exemple les CHR.

c) **Le niveau primaire des soins** : c'est le point d'accès au système de santé et il comprend tous les centres de soins urbains et ruraux, CMS, dispensaires/USP et postes de santé.

4-3 : LES RUBRIQUES DE DEPENSES

Les dépenses par rubriques : elles sont regroupées en deux catégories : dépenses courantes et dépenses d'investissement. Les dépenses courantes sont dissociées en dépenses du personnel, médicaments et produits médicaux, dépenses courantes de fonctionnement . Cette distinction permet de déduire des indicateurs d'efficience et de qualité des soins de santé.

4-4 : LES ZONES GEOGRAPHIQUES

Les affectations de fonds entre Unités de Soins Périphériques (USP) , si elles sont effectives, associées à d'autres indicateurs tels que la population cible, le nombre de cas attendus par pathologies, les différents taux de couverture pourront permettre de mesurer de l'équité géographique en matière d'allocation des ressources.

3-1-2 : Agrégats utilisés

Les comptes de la santé adaptent les agrégats des comptes de la nation à l'analyse spécifique de la fonction santé. Ainsi on distingue comme agrégats : la consommation des soins et biens médicaux (CSBM), la consommation des services de médecine préventive (CSMP), la consommation médicale totale (CMT), la Dépense courante de santé (DCS) et la Dépense Préfectorale de Santé (DPS).

a) Consommation médicale totale (CMT)

Elle représente la valeur des biens et des services médicaux obtenus sur le territoire par des résidents et des non-résidents pour la satisfaction des besoins individuels. Elle est appréhendée par les masses financières globales qui sont la contrepartie des soins médicaux et des services de prévention individualisables dispensés dans l'année. La consommation médicale totale se compose de deux éléments : **la consommation de soins et biens médicaux (CSBM)** fournis sous forme marchande ou non marchande et de la **consommation de services de médecine préventive (CSMP)**.

⇒ la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM)

- *Les soins hospitaliers et en sections médicalisées
- *Les soins ambulatoires ;
- *Les médicaments ;
- *Les services de transport sanitaires ;
- *Les autres biens médicaux (optiques, prothèses, VPH, petits matériels et pansements) acquis par les particuliers.

⇒ la consommation de services de médecine préventive (CSMP)

Cet agrégat a 3 composantes :

1- Médecine préventive et de dépistage

- *Les services de médecine du travail ;
- *Les services de médecine scolaire ;
- *La protection maternelle et infantile et planification familiale ;
- *La vaccination ;
- *Les dépistages (cancers, MST, tuberculose, examens de santé)

2- Les Programmes spécifiques de santé publique

Il s'agit des programmes intervenant sur de grandes pathologies ou sur les comportements et situations à risque. Ce sont des services sanitaires de prévention individualisée (maladies mentales, toxicomanie, alcoolisme, tabagisme, IST/SIDA...).

3- Les Missions de santé publique à caractère général

- *la prévention des risques professionnels (hors médecine du travail)
- *la protection de la santé (observation, sécurité sanitaire, hygiène du milieu)
- *la promotion de la santé (IEC/CCC et autres)

La consommation médicale totale de soins et de biens médicaux est la somme de deux agrégats dont on trouve les équivalents dans le cadre central : la consommation finale des ménages et la consommation finale des administrations publiques.

Les évaluations des différents postes sont exprimées en valeur et présentées dans le cadre de séries temporelles qui donnent lieu à l'établissement d'indices d'évolution en valeur et en volume.

Ce dernier concept correspond en fait à une évaluation de la consommation hors effet prix. L'évolution en volume exprime donc l'évolution des quantités et de la qualité des services et biens acquis.

b) Dépense courante de santé (DCS)

Elle mesure l'effort consacré au cours de l'année au titre de la fonction santé pour l'ensemble des agents. En d'autres termes, c'est la somme des dépenses qu'engagent les financeurs de l'ensemble du système. Elle couvre donc un champ plus large que celui de la consommation médicale totale puisqu'elle intègre également des indemnités journalières, la prévention collective, des subventions reçues par le système de santé, le fonctionnement de la recherche, de l'enseignement et de l'administration sanitaire.

La DCS a 4 composantes :

1- les Dépenses pour les malades constituées de :

- *Dépenses de soins et biens médicaux (CSBM)
- *Dépenses d'aides aux malades (aides directes aux malades)
- *Subvention au système de santé (aides indirectes aux malades)

2- Les dépenses de prévention composées de :

- *Dépenses de médecine préventive (CSMP)
- *Mission de santé publique à caractère général (MSPCG)

3- Les dépenses en faveur du système de soins constituées de :

- *Dépenses de recherche médicale et pharmaceutique
- *Dépenses de formation

4- La gestion-administration générale de la santé composée de :

- *Frais de gestion des MS, DRS et DPS
- *Frais de gestion de certaines administrations privées

c) DEPENSE NATIONALE DE SANTE (DPS)

C'est cet agrégat qui est utilisé pour les comparaisons entre pays ; il est obtenu en soustrayant de la DCS les indemnités journalières et les dépenses de recherche et formation et en y ajoutant la Formation Brute de Capital Fixe (FBCF) du secteur hospitalier public.

$$\text{DPS} = \left\{ \begin{array}{l} \text{DCS} \\ - \text{ indemnités journalières} \\ - \text{ dépenses de recherche et de formation médicales} \\ + \text{ FBCF (Investissement) du secteur public hospitalier} \end{array} \right.$$

3-2 : EXPOSES DE QUELQUES RESULTATS : Revue de la littérature

Au cours de notre revue de la littérature , nous n'avions pas trouvé d' études de comptes de la santé à l'échelle d'un district sanitaire. Aussi nous n'exposons ici que les études (à l'échelle nationale) de quelques pays qui ont déjà une expérience des CNS et dont les résultats serviront pour des comparaisons ultérieures.

1- CNS et Suivi-évaluation des politiques de santé aux PHILIPPINES

Les CNS conduit chaque année entre 1991 et 1997 ont permis de repérer que les dépenses de soins publics du gouvernement avaient augmenté de 25% à 35% grâce aux dépenses croissantes des autorités locales (plus de 50% allouées à ces dépenses) . Ceci a amené à conclure que, non seulement la décentralisation n'avait pas eu un effet négatif sur les allocations du gouvernement local à la santé, mais que ces allocations avaient en fait augmenté. (Réseau des CNS, 2003)

2- CNS et Conception et mise en œuvre de stratégies dans le secteur de la santé en IRAN

Une étude des CNS (année 1998) a apporté des informations qui, associées aux données antérieures ont révélé que les dépenses directes des ménages par habitant étaient restées relativement stables alors que les dépenses publiques avaient décliné à partir de 1994.

Par ailleurs, les Iraniens ont pu s'apercevoir que les dépenses en soins avec hospitalisation dispensés dans les structures privées étaient les plus élevées (dépassant de plus de ¼ les mêmes dépenses dans les structures publiques). De plus ces dépenses faites dans des hôpitaux privés étaient financées à 88% par les paiements directs des ménages (contre 12% dans les hôpitaux publics) ; indiquant un choix délibéré de la part des ménages. (Réseau des CNS, 2003)

3- CNS et restructuration des soins de santé primaires en EGYPTE (Réseau des CNS, 2003)

Les résultats des CNS ont montré entre autres que :

1-les dépenses totales en santé s'élevaient à peine à 4% du PIB ;

2-les dépenses directes des ménages finançaient presque 50% des dépenses (n'incluant pas les impôts et cotisations) avec une distribution non équitable des dépenses au sein de la population (les pauvres déboursant une plus grande proportion de leur revenu en dépenses de santé ; entraînant ainsi un faible niveau d'accès aux soins) ;

3-la part des dépenses publiques dans les dépenses totales n'était que de 20% ;

4-la distribution des soins primaires était inefficace.

4- CNS et Equité d'accès aux soins en AFRIQUE DU SUD

Une étude des CNS a conclu que les dépenses par habitant dans les services de santé publics se sont avérées être plus importantes dans les régions les plus riches .De plus, l'accès aux soins était plus difficile pour les plus pauvres et les plus nécessiteux en soins.

Le problème d'inéquité a initié une réorganisation des transferts de fonds de santé publique vers des soins primaires dans les régions les plus mal desservies. (Réseau des CNS, 2003)

5- CNS et Prise en charge des problèmes liés au VIH / SIDA au RWANDA

L'étude CNS conduite avec la participation de PHRplus a montré que :

1-les paiements directs des ménages étaient la première source de dépenses en soins liées au SIDA (plus de 90%) ;

2-seulement 6% des ressources extérieures sont consacrées au SIDA ;

3-les sommes consacrées à la prévention n'atteignent pas 7% (analyse des dépenses par fonction) des dépenses liées au SIDA.

Pour obtenir ces résultats une enquête a été réalisée auprès de 350 personnes séropositives qui font soit partie d'un groupe de soutien de VIH/SIDA ou cherchant à avoir des soins dans quatre structures sanitaires choisies.

Les informations collectées portaient sur le statut socio-démographique des personnes enquêtées, leur utilisation des services de santé, les dépenses contractées et comment ces dépenses sont financées. (Réseau des CNS, 2003)

6- CMT et DCS de la COTE D'IVOIRE en 1996 (Ministère de la santé publique et de l'assurance maladie de la Côte d'Ivoire, 1996)

Les tableaux n° 10 et 11 suivants indiquent la CMT et la DCS de la Cote d'Ivoire au cours de l'année 1996. Avec en plus pour la CMT, l'indice de valeur annuel moyen (année de base 1995).

Tableau n°10 : Consommation Médicale Totale (CMT) de la CI en 1996

SOINS ET BIENS MEDICAUX	MONTANT en millions de F CFA	INDICE de valeur annuel moyen-base 100 en 1995
1-SOINS HOSPITALIERS ET EN SECTIONS MEDICALISEES	348 121	103,0
2-SOINS AMBULATOIRES	194 142	102,8
3-TRANSPORTS DES MALADES	10 534	102,0
4-MEDICAMENTS	129 355	102,4
5-PROTHESES	19 249	104,4
CONSOMMATION DE SOINS ET BIENS MEDICAUX (1+.....5)	701 401	102,9
6- MEDECINE PREVENTIVE	15 202	103,3
CONSOMMATION MEDICALE TOTALE (CMT)	716 603	102,9

Tableau n°11 : Dépense Courante de Santé (DCS) de la CI en 1996

SOINS ET BIENS MEDICAUX	MONTANT en millions de F CFA
1-1 DEPENSES DE SOINS MEDICAUX	700 446
1-2 AIDE AUX MALADES	42 917
1-3 SUBVENTION AU SYSTEME DE SOINS (aide indirecte aux malades)	9 357
1-SOUS-TOTAL- DEPENSES POUR LES MALADES	752 720
2-1 DEPENSES DE MEDECINE PREVENTIVE	15 202
2-2 DEPENSES DE PREVENTION COLLECTIVE ET DE CONTROLE SANITAIRE	3 737
2-SOUT-TOTAL- DEPENSES DE PREVENTION	18 939
3-1 DEPENSES DE RECHERCHE MEDICALE ET PHARMACEUTIQUE	27 729
3-2 DEPENSES DE FORMATION	3 294
3-SOUS TOTAL-DEPENSES EN FAVEUR DU SYSTEME DE SOINS	31 023
4-TOTAL-GESTION GENERALE	12 796
5-DOUBLE COMPTE :RECHERCHE PHARMACEUTIQUE	-13 837
TOTAL GENERAL-DEPENSES COURANTES DE SANTE (DCS)	801 621

3-3 SYNTHESE DE LA REVUE DE LA LITTERATURE

Parmi les définitions et les méthodologies présentées, celles du réseau des CNS sont les plus adaptées à notre contexte . Nous les retiendrons donc comme base de notre travail.

CHAPITRE IV :

MODELE

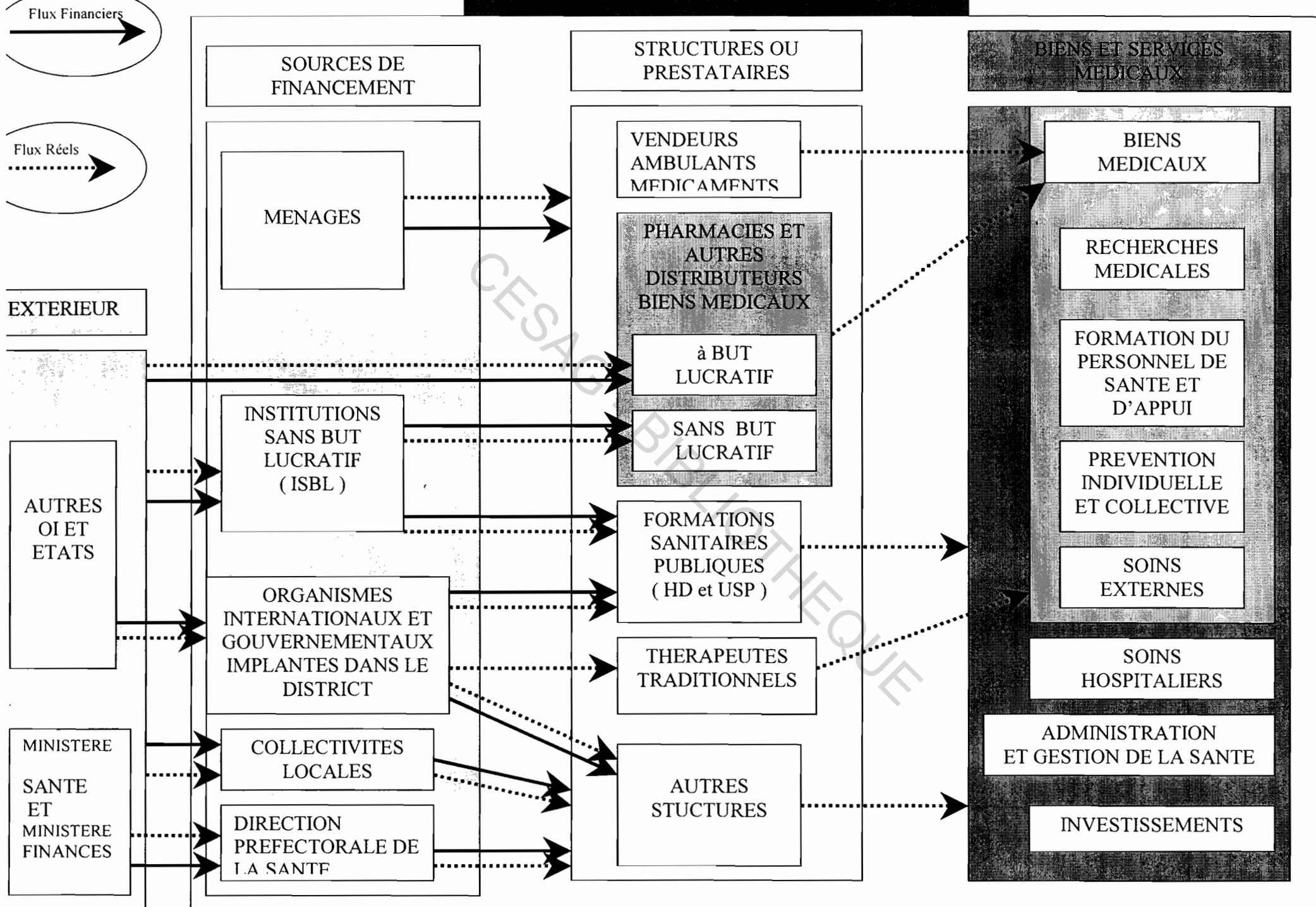
THEORIQUE

ET

QUESTIONS

DE

RECHERCHE



4.1 MODELE THEORIQUE

Au terme de cette revue documentaire, nous pouvons dire qu'élaborer les comptes de la santé revient , après la collecte des informations auprès des institutions : structures et prestataires, à :

- *d'une part, déterminer pour chaque type de soins et biens médicaux ses agents de financement ;

- *d'autre part, cumuler les dépenses de ces soins et biens médicaux en des agrégats.

Le modèle théorique que nous avons retenu se résume comme suit :

- * d'abord, un schéma systémique explicatif de la méthodologie et des différents liens entre les prestataires/structures, les sources de financement et les biens et services médicaux ; le point de départ du schéma (voir page 32 Bis) étant la colonne de milieu, c'est à dire Structures/Prestataires

- * ensuite un tableau à double entrées avec en lignes les soins et biens médicaux et en colonnes les principaux agents de financement de la dépense de santé ;

- * enfin les principaux agrégats des comptes de la santé en leurs principales composantes.

AGENTS DE FINANCEMENT	Administrations Publiques		Secteurs Privées		ISBL Locales		OI et OG partenaires	TOTAL
	ETAT	Collectivités Locales	Sociétés	Ménages	ONG-APCD	Confessions religieuses		
FONCTIONS SANITAIRES								
1- Soins Hospitaliers et en sections médicalisées								
1.1- Soins Hospitaliers publics								
1.2- Soins Hospitaliers privés dont SBL								
2- Soins Ambulatoires								
2.1- Médecins								
2.2- Auxiliaires Médicaux								
2.3- Dentistes								
2.4- Aides aux diagnostics (Laboratoire & Radios)								
3-Transports sanitaires (Urgences & Ambulances)								
(A) Total Prestations de Soins (1+2 + 3)								
4- Médicaments								
4.1- Dépôts de Pharmacie publics								
4.2- Dépôts de Pharmacie privés								
4.3- Pharmacopée (Thérapeutes traditionnels)								
4.4- Médicaments en vente libre								
5- Autres Biens Médicaux								
5.1- Optiques, Prothèses, Orthèses, VPH								
5.2- Petits matériels et pansements								
(B) Total Biens Médicaux (4 + 5)								
(C)Total Soins et Biens médicaux (A+B)								
(D) Total Dépenses pour les Malades								
(E) Total Dépenses de Prévention								
E1- Dépenses de Médecine Préventive, Dépistage								
E2- Missions de Santé Publique à caractère général								
(F) Total Dépenses en Faveur du Système de Soins								
F1- Dépenses de Recherches Médicales et Pharmaceutiques								
F2- Dépenses de Formation								
(G) Total Gestion Générale								
Dépenses Courantes de Santé (DCS) (C+.....+ G)								

Les principaux agrégats des comptes de la santé sont déterminés comme suit :

$$\text{CMT} = \left\{ \begin{array}{l} \text{Consommation des biens et services médicaux (CBSM)} \\ + \\ \text{Consommation des services de médecine préventive (CSMP)} \end{array} \right.$$

$$\text{CBSM} = \left\{ \begin{array}{l} \text{Soins hospitaliers} \\ + \\ \text{Soins ambulatoires} \\ + \\ \text{Médicaments} \\ + \\ \text{Services de transports sanitaires} \\ + \\ \text{Autres Biens médicaux} \end{array} \right.$$

$$\text{CSMP} = \left\{ \begin{array}{l} \text{Services de médecine de travail} \\ + \\ \text{Services de médecine scolaire} \\ + \\ \text{PMI / PF} \\ + \\ \text{Autres préventions individuelles} \end{array} \right.$$

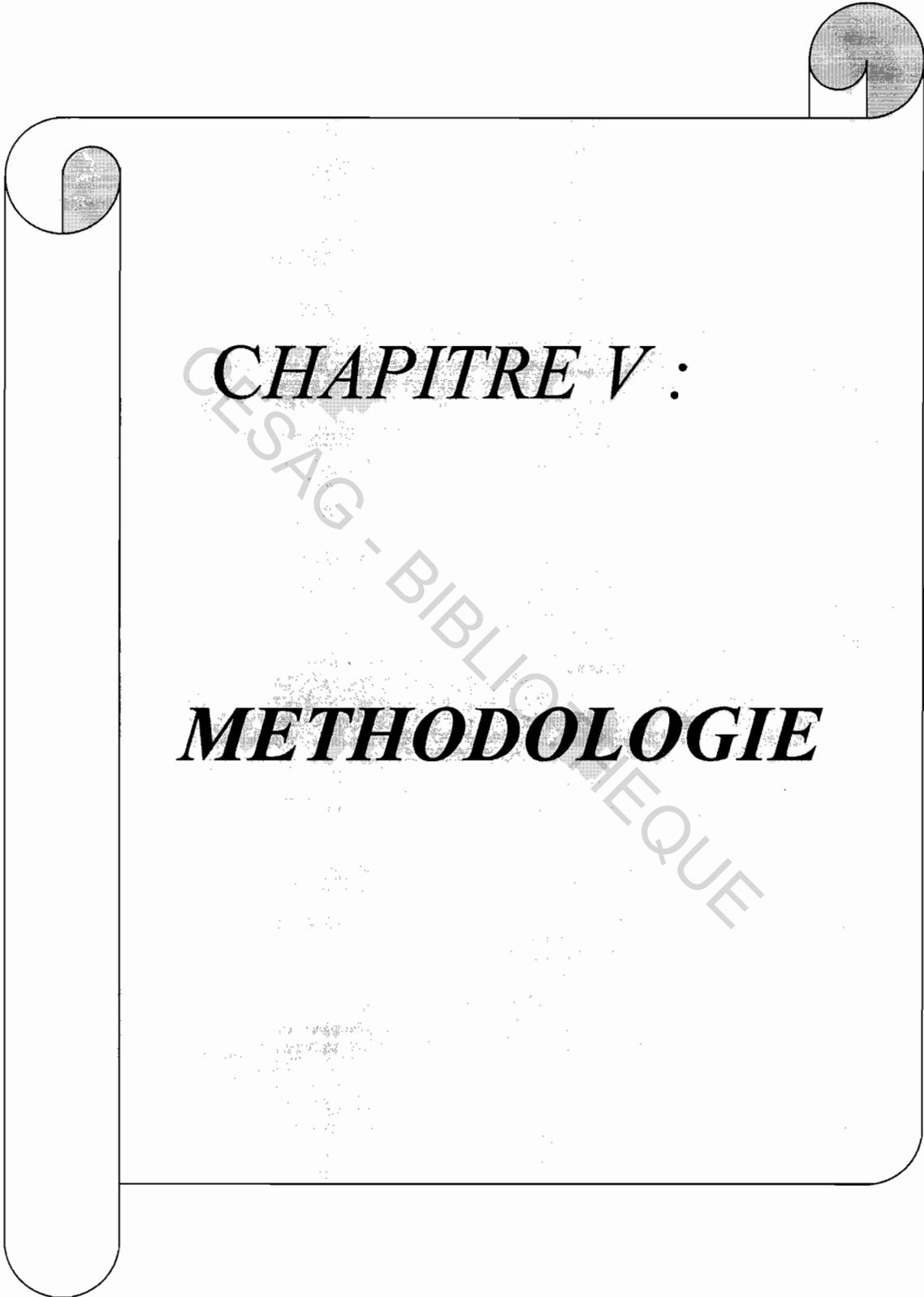
$$\text{DCS} = \left\{ \begin{array}{l} \text{Dépenses pour les malades} \\ + \\ \text{Dépenses en faveur du système de soins} \\ \text{(Enseignement, Recherche)} \\ + \\ \text{Dépenses de prévention} \\ + \\ \text{Dépenses de Gestion-Administration} \end{array} \right.$$

$$\text{DPS} = \left\{ \begin{array}{l} \text{DCS} \\ - \\ \text{Indemnités journalières} \\ - \\ \text{Activités en faveur du système de soins} \\ \text{(Enseignement, Recherche)} \\ + \\ \text{FBCF} \end{array} \right.$$

4.2 QUESTIONS DE RECHERCHE

Notre étude cherchera à répondre aux questions suivantes pour le district étudié :

- Qui paie les biens et services de santé ?
- Les OI et OG partenaires au développement sanitaire ont ils des domaines prioritaires de financement ?
- Combien sont dépensés et pour quels types de biens et services de santé ?
- Les ménages sont ils les premiers financeurs de dépenses de santé du DSS ?
- Les dépenses en médicaments constituent elles la principale composante de la Consommation des Soins et Biens Médicaux (CSBM) ?
- Quelle est la proportion des dépenses au profit des soins primaires dans le DSS?
- Qui bénéficient des dépenses de santé ?

A decorative border resembling a scroll, with rounded corners and a vertical strip on the left side. The scroll is outlined in black and has three circular elements at the top corners, suggesting where the scroll would be rolled up.

CHAPITRE V :

METHODOLOGIE

CESAG - BIBLIOTHEQUE

5.1 POPULATION A L'ETUDE

Le District Sanitaire de Sotouboua (DSS) constitue notre population cible. Comme indiqué plus haut, le Togo compte trente cinq districts sanitaires composant les trente préfectures du pays et auxquels s'ajoutent les cinq arrondissements de la capitale Lomé.

Pour choisir l'un des districts, nous avons retenu cinq critères regroupés en deux niveaux ; et, seuls les districts retenus au niveau 1 ; sont soumis aux critères du niveau 2 .

Niveau 1 : Opérationnalité du district

Critère 1 : le plateau technique du district doit répondre aux normes de l'OMS et du Pays en matière de définition de district.

Aussi, en fonction de son **Plateau Technique**, de son **Paquet minimum d'Activités** (PMA) et de son **Paquet Complémentaires d'Activités** (PCA), un district sera qualifié d'opérationnel ou non. Seuls sont retenus au premier niveau les districts opérationnels.

Niveau 2 : Caractéristiques intrinsèques des districts

Critère 2 : **la Stabilité de la population cible des soins de santé du district.** Il s'agit de sélectionner le district où les entrées et sorties des demandeurs de soins sont peu élevées. En d'autres termes, d'une part, les patients non-résidents dans le district mais qui viennent pour se faire soigner, et, d'autre part ceux du district qui se font soigner ailleurs (qu'ils soient référés ou non) ; ces deux groupes doivent être de faibles proportions et/ou être égaux en effectif et/ou en coût.

Vu la complexité, pour évaluer ces paramètres, deux sous critères sont définis :

1- 80% des patients ayant bénéficié des différentes prestations des formations sanitaires du DSS doivent être du district.

2- 80% des patients référés du district ont des raisons de référence justifiées.

Critère 3 : Les **caractéristiques socioculturelles et économiques** du district doivent refléter celles du niveau national telles que décrites dans le cadre de l'étude.

Critère 4 : Le médecin-chef, directeur du district sanitaire et/ou le comptable du district en poste au moment de l'enquête doivent y avoir travaillé au cours de l'année 2002.

Critère 5 : La disponibilité des données sanitaires et financières fiables sur la gestion du district, du moins en ce qui concerne des formations sanitaires publiques.

Au vu de ces critères, au **premier niveau**, cinq districts ont été retenus : Kloto, Aného, Mango, Tchamba, Sotouboua.

Au **second niveau** :

Trois de ces cinq districts ont été écartés suite aux critères du deuxième niveau. Les raisons de leur élimination sont les suivantes :

Kloto , bien qu'étant un district, a un plateau technique qui rivalise celui du CHR voisin ; en plus le pouvoir d'achat des populations de Kloto semble plus élevé que la moyenne nationale.

Aného, (situé à une trentaine de kilomètres de Lomé), une couche de sa population, plus ou moins aisée, a tendance à venir se faire soigner à Lomé.

Mango, le DPS était absent et les données non disponibles.

Restent alors les districts voisins de **Sotouboua et Tchamba** .Par un choix raisonné, nous avons retenu Sotouboua, ce d'autant plus que l'HD de Tchamba est très excentré par rapport à l'aire du district.

Par ailleurs, s'agissant de la constitution des échantillons au sein du district retenu, l'ensembles des prestataires ne pouvant être interrogés, des échantillons ont été constitués :

*pour les thérapeutes traditionnels

*pour la vente libre de médicaments (vente parallèle de médicaments)

Par contre, l'ensemble des formations sanitaires publiques, les OI et OG partenaires implantés à Sotouboua, les prestataires privés (exclusivement les dépôts de pharmacie) ont tous été interrogés.

5.2- DEFINITION DES VARIABLES A L'ETUDE

Les variables à l'étude sont :

5.2.1 Les prestataires :

- *Les hôpitaux
- *Les centres de soins externes
- *Les programmes de santé publique
- *Les distributeurs de produits pharmaceutiques
- *Les thérapeutes traditionnels
- *Autres prestataires

5.2.2 Les activités :

- *Les soins médicaux et para médicaux
- *Les achats de biens médicaux
- *La prévention individuelle et collective
- *La recherche et l'enseignement
- *Administration et gestion

5.2.3 Les niveaux de soins :

- *Les soins tertiaires
- *Le niveau moyen des soins
- *Le niveau primaire des soins

5.3 ORGANISATION ET RECUEIL DES DONNEES

5.3.1 Méthodologie utilisée

5.3.1.1- Les outils de collecte et leurs modes d'administration

Pour les **dépôts privés de pharmacie**, un guide avec un tableau des rubriques de dépenses a été dans un premier temps remis aux gérants et/ou propriétaires ; un rendez-vous est alors pris pour fournir les informations au cours d'un entretien. (Guide d'entretien en annexe)

S'agissant de **la vente libre des médicaments**, l'enquête a été faite les jours de marché dans chaque localité. Les revendeuses sont interviewées devant leur étalage. Du fait que ce soit les mêmes revendeuses qui pour la plupart se déplacent de marché en marché, certaines ont été interviewées deux fois. Dans ce cas lorsque l'écart positif entre les montants déclarés des deux interviews est inférieur à 10%, c'est le montant de second interview qui est pris en compte ; dans le cas contraire c'est la moyenne des deux montants qui est prise en compte. Rappelons que toutes les revendeuses trouvées sur tous les marchés ont été interviewées. Aussi pour les revendeuses qui s'approvisionnent auprès d'autres revendeuses qui elles même sont interviewées, seules leurs dépenses additionnelles sont prises en compte (c'est à dire les dépenses totales engagées sans le prix d'achat des médicaments) afin d' éviter les doubles comptes. (Guide d'entretien en annexe)

Les sept marchés retenus pour la collecte des données sont ceux des localités suivantes : Adjénggré, Sotouboua-ville, Tchébébé, Djarkpanga, Tindjassi, Séssaro, Boulohou.

Ces marchés ont été sélectionnés en fonction de leur taille et du canton où ils se trouvent pour que tous les cantons soient représentés.

Comme pour le cas des dépôts pharmacie privés, les dépenses effectuées par toutes les femmes interrogées ont été cumulées indépendamment de l'origine des médicaments (Médicaments chinois, Médicaments venus du Ghana ,du Nigeria ou du Bénin.....) .

Sur certains marchés, proches des frontières internationales, nous avons interviewé des revendeuses étrangères (2 Béninoises à Séssaro et 4 Ghanéennes à Tindjassi et Djarkpanga).

Comme l'étude porte sur l'année 2002, les entretiens nous ont permis de dénombrer environ 16 revendeuses qui vendaient les médicaments en 2002 et qui n'en vendent plus au moment de l'enquête ; nous avons pu interroger 7 d'entre elles.

Au total 76 entretiens ont été réalisés mais certains revendeurs ayant été interrogés deux fois sur différents marchés ; en défalquant les reprises, 48 personnes ont été effectivement interviewées.

Concernant **les thérapeutes traditionnels**, dans un premier temps, les entretiens furent individuels et eurent lieu au domicile des personnes enquêtées ou au lieu où elles consultent. Dans un second temps, suite à la disparité des réponses (portant sur les mêmes pathologies) obtenues au cours des entretiens individuels, des entretiens de groupe furent organisés par localité dans les USP et à l'HD. (Guide d'entretien en annexe)

L'échantillon des thérapeutes traditionnels est constitué à partir de la liste des membres de l'association des thérapeutes traditionnels établie par localité. 50% des thérapeutes traditionnels figurant sur cette liste ont été tirés au sort en fonction de leur localité et de leurs spécialités. A chaque individu de cet échantillon interviewé, il lui est demandé d'indiquer le nom, le domicile et la spécialité d'un collègue de son quartier ou de son village non-membre de l'association. La même question est posée à ce dernier une fois retrouvé et interviewé. Et ainsi l'échantillon final était composé de 15% de thérapeutes traditionnels non-membres de l'association.

L'échantillon des Thérapeutes traditionnels se répartit ainsi par localité.

CANTONS	EFFECTIF	ECHATILLON
SOTOUBOUA	56	41
ADJENGRE	34	19
AOUDA	20	12
FAZAO	31	22
TCHEBEBE	38	29
TITIGBE	43	28
OUEST-FAZAO	55	39
TOTAL	277	190

Comme cela se remarque , les échantillons des cantons ne sont pas équitablement représentés dans l'échantillon total. Ceci n'était pas pour nous une préoccupation; notre objectif au départ étant d'interviewer le maximum de thérapeutes traditionnels, d'abord lors des entretiens individuels mais surtout lors des entretiens de groupe.

5.3.1.2- Autres considérations méthodologiques

1- L'année d'étude est 2002 (Base 100)et la monnaie est le franc CFA (pour les besoins de comparaisons internationales, les CNS à élaborer ultérieurement seront estimés en franc CFA puis en dollars US)

2- Dans les études mentionnées dans la revue de littérature, aucune n'a abordé le problème des échanges entre pays ou entités géographiques. A ce sujet, la situation dans le district d'étude peut se schématiser brièvement comme suit : pour les entrées, le district reçoit surtout les cas de chirurgie des districts voisins qui n'ont pas de bloc chirurgical ; par contre,

près de 24% de la population de l'aire du district, en cas de référence des USP se fait soigner soit au Ghana soit au district de Bassar à cause de la proximité.

Notons que ni l'hôpital de District ni les USP ne tiennent de statistiques relatives aux patients hors zone qu'ils reçoivent ; sauf lors des Journées Nationales de Vaccination (JNV). Il en est de même pour leur population cible lorsqu'elle se fait soigner en dehors de son aire sanitaire de résidence.

Dans l'impossibilité de disposer de données fiables pour mesurer ces échanges entre districts, nous faisons l'hypothèse suivante : les entrées d'une part et les sorties d'autre part sont équivalentes en coût et donc sans influence notable sur les agrégats à déterminer.

3- La démarche à adopter va consister, à partir des agents, de remonter aux sources de financement et opérer ensuite une analyse des dépenses selon les niveaux afin de déterminer la part de chaque type d'activités (soins hospitaliers, soins ambulatoires, administration...).

4- Les dépenses en médicaments de l'hôpital de district seront incluses sous la rubrique « médicaments » de la consommation des soins et biens médicaux (CSBM) et non-associées aux soins.

5- La prévention des risques professionnels (hors médecine de travail) dans le DSS concerne la société TOGO – ELECTRICITE ; mais les données ne sont pas disponibles.

6- Par contre la Médecine du Travail et la Médecine Scolaire sont quasi inexistantes dans le DSS.

7- Un autre volet de la MSPCG concerne la réalisation des ouvrages sanitaires. Bien que le volume de ces activités soit connu, leurs coûts ne sont pas disponibles.

5.3.2 Le pré test

Un pré test a été effectué et a permis d'éprouver les méthodes envisagées, d'essayer les guides d'entretien, de former les enquêteurs et, de recueillir des renseignements utiles pour l'établissement d'un plan de sondage efficace. C'est lors du pré test qu'on s'est rendu compte que le nombre des thérapeutes traditionnels non-membre de l'association était important.

Par rapport à l'enquête finale, le pré test a également permis de mettre en place des moyens de contrôle systématique permettant de détecter au plus tôt les erreurs et les défauts dans la collecte des données et dans les réponses obtenues auprès de la population cible, afin de prendre les mesures nécessaires pour y remédier.

5.3.3 Les autres sources de données

Par ailleurs une recherche documentaire est faite, portant sur l'analyse des rapports et budgets des Ministères de la Santé, de l'Economie et des Finances et des partenaires; sans oublier les résultats des enquêtes similaires qui sont disponibles.

5.4 QUALITE DES INSTRUMENTS DE MESURE

Les guides d'entretien utilisés, bien que comportant plusieurs innovations, prennent en compte toutes les rubriques de la DPS et des activités caractéristiques et connexes de la santé. Le fait d'y ajouter les thérapeutes traditionnels et la vente libre des médicaments ne fait qu'ajouter à la qualité et à la fiabilité de ces instruments à mesurer la DPS.

Par ailleurs les concepts de CMT et DCS sont des agrégats utilisés pour les comparaisons internationales et dont les composantes sont conventionnellement admises.

5.5 METHODES DE TRAITEMENT ET D'ANALYSE DES DONNEES

Une fois les données collectées auprès, pour passer de celles-ci aux agrégats, nous avons procédé comme suit :

Première étape : Détermination des agrégats

Pour dépenses des formations sanitaires publiques

Deux types de tableaux ont été élaborés à partir des données brutes.

Le premier type de tableaux (Tableau n° 14) comporte des dépenses qui n'ont pas besoin de traitement préalable avant d'être intégrées au agrégats parce que correspondant directement à une fonction de santé ou à une rubrique d'un agrégat. C'est le cas par exemple des dépenses de formation, des Achats de médicaments, des dépenses d'investissement, etc.

Le second type de tableaux (Tableaux n° 13 et 15) comporte des dépenses qui doivent être réparties entre plusieurs entités, utilisateurs ou fonctions de santé et pour lesquelles il faut définir des clés de répartition pour passer d'abord des données brutes à des tableaux intermédiaires (. Tableau n° 22) puis aux fonctions de santé. Comme exemples de dépenses des tableaux de second type on peut citer les salaires, les fournitures de bureau, etc.

Pour les dépenses des autres intervenants dans le domaine de la santé

Les dépenses ont été scindées en dépenses courantes et dépenses d'investissement ;

Les dépenses courantes ont été réparties en définissant des clés de répartition dans la même logique que celle décrite plus haut.

Deuxième étape : Identification de la source de financement

Pour dépenses des formations sanitaires publiques

Etant donné qu'elles fonctionnent essentiellement à partir de leurs recettes propres et donc de la participation des ménages, en soustrayant les dépenses financées par l'Etat et les autres partenaires, le resta est affecté aux ménages.

Pour les dépenses des autres intervenants autre que les ménages dans le domaine de la santé

Les données étant directement collectées auprès d'eux, les sources de financement nous sont notifiés pour chacune de leur dépense.

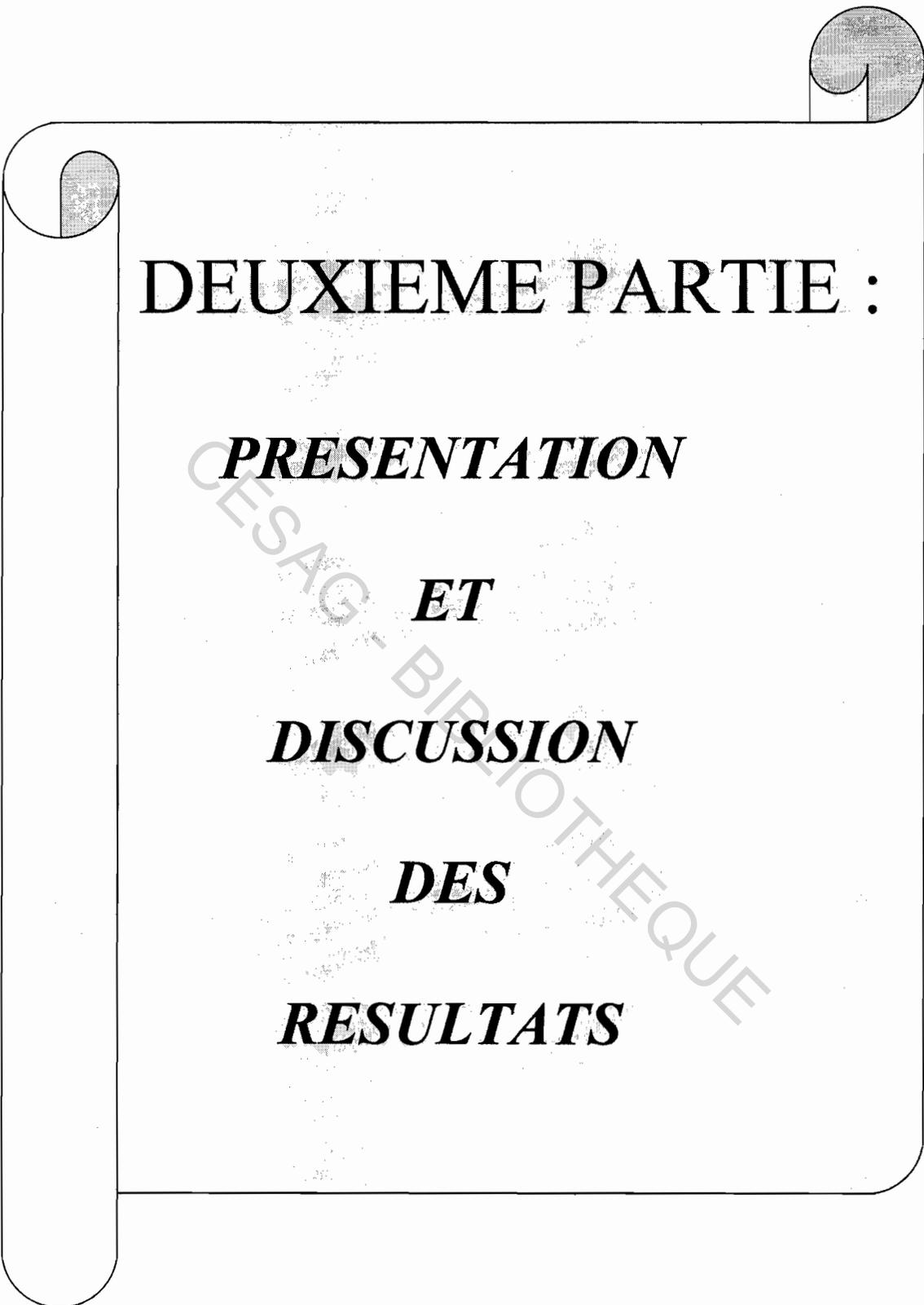
Pour les ménages

Le financement des ménages est obtenu en déduisant de l'ensemble des dépenses, celles financées par l'Etat et les autres intervenants ; puis en tenant compte du fait qu'en dehors des OI et OG partenaires, les autres intervenant dans le domaine de la santé financent une partie de leur dépense par leurs recettes (paiement des ménages).

Troisième étape : Croisement fonctions de santé/agrégats et sources de financement

Un tableau à double entrées permet de faire correspondre à chaque source de financement la dépense de santé qu'elle a financé.

Par ailleurs, notons que, comme outils de traitement des données en vue de leur analyse, nous avons utilisé **les logiciels WORD et EXCEL**.



DEUXIEME PARTIE :

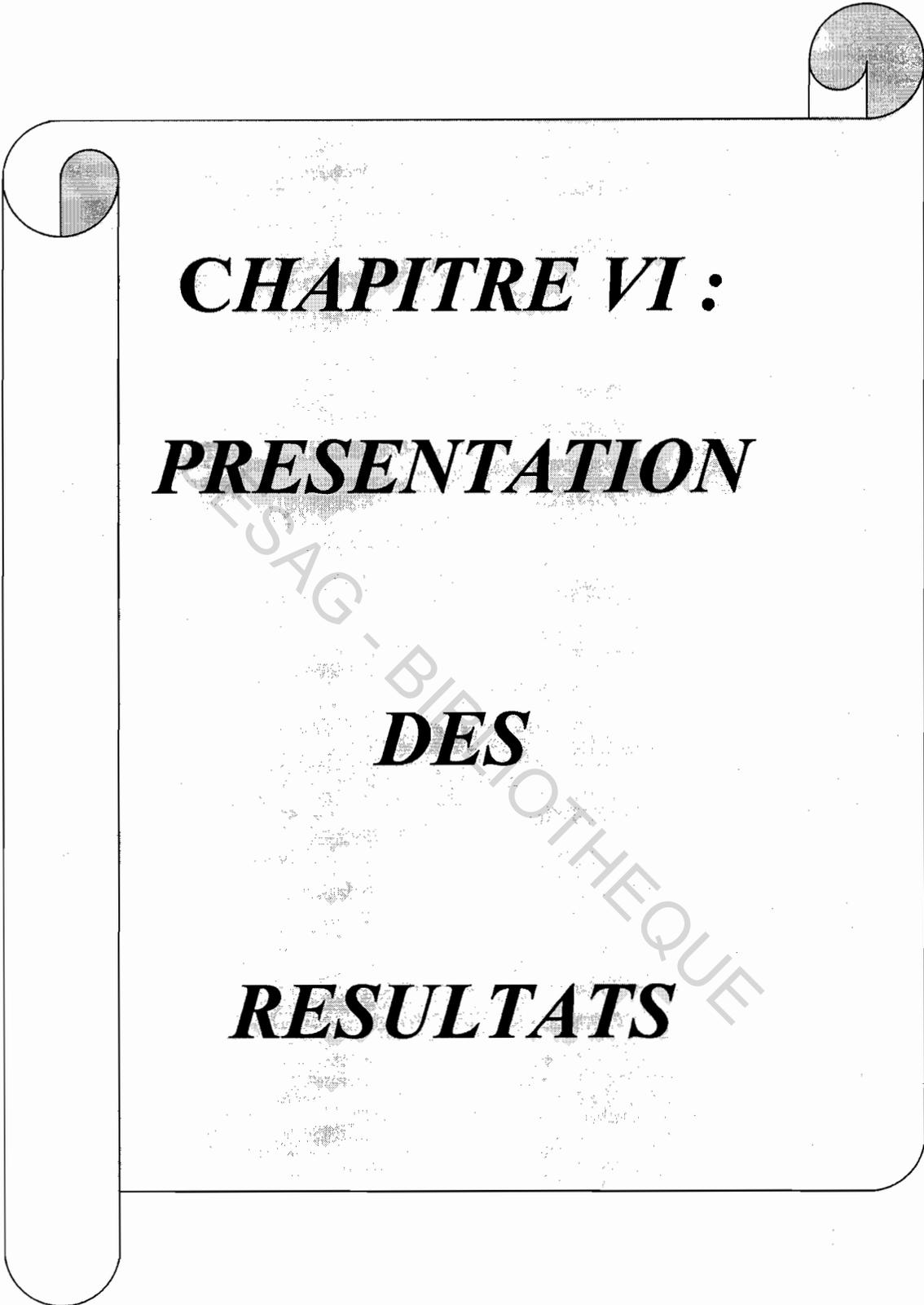
PRESENTATION

ET

DISCUSSION

DES

RESULTATS



CHAPITRE VI :

PRESENTATION

DES

RESULTATS

La réalisation des comptes de la santé du District Sanitaire de Sotouboua (DSS) a nécessité la collecte de données auprès de différents acteurs et partenaires intervenant dans la santé, à savoir les Prestataires de Soins, les Pharmacies, les OI et OG partenaires, les thérapeutes traditionnels et les vendeurs non autorisés de médicaments (VLM = Vente Libre de Médicaments) .

6.1 Collecte de données auprès des Prestataires de soins et Services connexes publics

Rappelons qu'il n'existe pas de formations sanitaires et autres Prestataires modernes de soins privés et que toutes les formations sanitaires publiques ainsi que les services préfectoraux de santé ont été inclus dans l'étude.

Le tableau 12 ci après en donne les détails.

Tableau 12 : Prestataires de soins et services connexes publics (Année 2002)

Prestataires de soins et services connexes enquêtés	Effectif
Hôpital de district (HD)	01
Direction Préfectorale de la Santé (DPS)	01
Unité de Soins Périphérique (USP) dont 3 Centres Médico-Social (CMS) et 14 Dispensaires	17
Service Préfectoral de Salubrité publique et Génie Sanitaire (SPGS)	01
Service Préfectoral d' IEC/CCC	01
Service Préfectoral de Lèpre et Tuberculose	01
TOTAL	22

Source : Enquêtes sur les dépenses de santé du DSS (nov. 2003) – D Bakusa (TOGO)

Les données qui en sont collectées sont consignées dans les tableaux 13 ,14 et 15 ci-après.

n° 13

Tableau 13 DEPENSES DES FORMATIONS SANITAIRES PUBLIQUES DU DSS (Année 2002)

RUBRIQUE	ADJENGRE	AOUDA	BOULOHOU	DJARKPANGA	FAZAO	HEZOUE	KANIAMBOUA	KAZA	KAZABOUA	MELAMBOUA	SESSARO	TEMBIO	TCHEBEBE	TCHOÏDE	TINDJASSI	TITIGBE	USP CENTRALE	HÔPITAL D.	TOTAL DISTRICT	
DEPENSES																				
Supports de données	Carnet de santé	115 500	17 500	24 500	45 000	10 950	22 250	99 580	59 500	28 000	28 000	84 000	40 000	66 500	54 500	35 000	49 000	73 500	234 500	1 090 280
	Carte PF	14 300	-	-	2 300	1 800	2 800	19 850	2 400	4 800	4 000	4 800	4 400	5 200	-	2 400	2 000	18 400	-	68 550
	Carte de Vaccination	10 125	-	1 500	4 500	-	-	11 950	-	4 500	-	-	-	3 000	-	46 800	4 500	6 900	104 000	147 725
	Carte CPN	137 875	7 000	52 850	48 600	-	56 475	33 050	85 050	76 000	55 605	151 430	55 125	85 910	101 250	20 500	66 125	281 600	-	324 245
	Carte CPC	118 750	43 000	32 000	40 550	2 800	28 200	7 000	62 000	25 800	26 000	71 250	32 500	60 000	49 550	17 500	41 000	117 600	-	775 450
	Régistres	149 050	-	5 500	-	1 525	5 500	-	5 500	-	7 700	5 500	24 500	28 200	7 700	14 325	5 500	7 700	335 500	604 000
Consommables non Médicaux		185 570	34 900	11 085	39 500	2 450	8 410	48 450	7 500	28 870	50 525	25 840	1 940	77 720	13 285	21 250	11 250	121 865	512 775	2 081 160
Fournitures de bureau		52 860	57 555	45 530	23 100	12 250	38 320	11 060	96 805	65 425	14 485	110 765	46 110	215 945	86 770	36 325	95 770	90 640	1 573 530	5 772 535
Primes COGES		100 845	38 700	14 830	-	12 750	27 460	140 325	48 840	28 690	13 320	62 860	35 125	144 230	32 520	20 875	67 375	94 005	1 180 000	2 082 680
Frais Généraux	Pétrole / Gaz	4 600	1 670	48 370	40 000	33 500	52 200	21 890	58 575	64 250	56 100	82 100	19 550	68 950	60 380	51 920	-	471 626	1 170 214	
	Electricité	15 420	39 865	-	-	15 000	-	2 300	-	-	-	50 000	-	-	-	5 750	-	137 994	3 268 428	
	Carburant Groupe électrogène	-	3 000	-	-	-	-	2 820	-	-	2 400	1 800	5 200	-	-	-	-	240 000	255 220	
	Eau	480	-	20 000	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5 685	102 000	124 185	
	Tél /Fax/ poste	2 600	-	-	-	-	-	1 700	-	-	-	500	800	-	-	-	-	93 050	98 650	
	Entretien matériel	191 560	-	33 505	3 590	2 000	2 500	24 900	20 275	9 000	7 000	89 730	6 700	-	30 235	12 550	38 960	500	1 176 150	3 449 065
	Entretien bâtiments	66 450	9 700	8 000	8 600	475	12 850	7 100	3 200	1 000	3 950	15 000	12 000	19 000	7 400	7 500	7 100	1 000	372 910	500 135
	Autres dépenses	165 245	15 250	32 490	32 020	39 525	78 940	66 400	153 900	56 905	97 500	15 750	23 100	300 885	73 050	14 125	3 365	197 355	960 745	2 028 555
TOTAL DES DEPENSES	1 333 030	268 240	329 960	288 211	135 025	335 905	608 375	603 345	393 240	366 585	750 825	312 660	1 076 340	516 640	303 680	449 615	1 016 750	7 494 780	16 583 205	

Source: Enquêtes sur les dépenses de santé du DSS (Nov 2002) - D. Bakusa (TOGO)

Tableau 14: Dépenses du DS de Sotouboua directement affectées dans des comptes (Année 2002)

INTITULES	MONTANT en FCFA
Achat de médicaments et emballages	84 007 679
Consommables médicaux	7 285 855
Transports sanitaires	3 844 795
Salaires (Mairie et dépôt- Régional)	8 374 260
Primes payées au personnel	10 125 304
Vaccination (JNV+ PEV de routine + Rougeole)	41 420 133
Surveillance épidémiologique	1 172 056
Journées Porte Ouverte de la chirurgie	776 102
Micro planification des activités (ateliers)	309 800
Dépenses PNLS (SFPS)	690 060
Dépenses PNLO (Onchocercose)	2 643 613
Dépenses PNED (Dracunculose)	1 866 350
Formations	2 007 950
Matériels & Equipements	1 518 310
Réhabilitations	421 175
TOTAL	166 463 442

Source: Enquêtes sur les dépenses de santé du DSS (Nov. 2003) - D. Bakusa (TOGO)

Tableau 15: AUTRES DEPENSES DE SANTE PUBLIQUES DU DS de Sotouboua (Année 2002)

Rubriques		Montant en FCFA
	Fonctionnaires	69 615 330
Salaire	Personnel Local	10 072 780
Eau		1 858 670
Electricité		5 110 830
Téléphone		2 218 046
Total		88 875 656

Source: Enquêtes sur les dépenses de santé du DSS (nov. 2003) - D. Bakusa (TOGO)

6.2 Collecte de données auprès des Dépôts de Pharmacie Privés

Les différents dépôts de pharmacie du DSS se regroupent comme suit :

Tableau 16: Types de dépôts de pharmacie privés dans le DSS (Année 2002)

TYPES DE PHARMACIE	EFFECTIF
Dépôt de Pharmacie à But Lucratif	04
Dépôt de « Pharmacie Chinoise » à BL	03
Dépôt de « Pharmacie confessionnelle » SBL (NDE)	01
Dépôt de « Pharmacie privée » SBL.....(ONG)	01
Dépôt de « Pharmacie Villageoise »	01
TOTAL	10

Source : Enquêtes sur les dépenses de santé du DSS (Nov 2003) – D Bakusa (TOGO)

Le tableau 17 suivant résume les données collectées auprès des dépôts de pharmacie ; il comporte un montant d'un million huit cent quatre-vingt mille quatre-vingt dix sept (1 880 097) francs CFA d'investissements qui n'est pas éligibles comme faisant partie des comptes de la santé car seule la Formation Brute du Capital Fixe (FBCF) du secteur public est incluse dans les dépenses à affecter aux comptes de la santé.

Par contre les dépenses d'investissement effectuées par les partenaires sont prises en compte en ce sens qu'il s'agit de dépenses effectuées pour le compte du secteur public ; le partenaire n'étant que la source de financement.

Par ailleurs, le capital investi en début d'activité par les propriétaires de ces dépôts de pharmacie varie entre 300 000 et 2 600 000 F CFA, compte non tenu des investissements.

Tableau 17: DEPENSES DES DEPOTS PRIVES DE PHARMACIE DU DSS (Année 2002)

Dépenses Fcfa	Achat médicament	Transport	salaire	loyer	Electricité	Tel/Fax	Impôts & taxes	Carburant	Boite postale	Total Fonctionnement	Investissement	Total
NDE Adjengre	2 123 211	230 700	361 620	120 000	60 000	6 000				2 901 531		2 901 531
Zamani	1 903 829	133 000	210 000	105 000	21 000	14 000	8 000			2 394 829	475 000	2 869 829
Kola	1 558 025	168 000		30 000	33 600	24 000	2 000			1 815 625		1 815 625
Essoham	1 200 000	24 000	108 000	40 000	84 000	72 000	25 000		7 500	1 560 500		1 560 500
Phie je suis sauvé	836 000	90 000	420 000	360 000	6 000	60 000	30 000			1 802 000		1 802 000
Luttons pour une meilleure santé	2 100 000	128 250	540 000	30 000	21 000	150 000	16 000	246 480		3 231 730		3 231 730
Symbole	2 081 150	24 500	216 000	24 000	45 000	28 500	15 000			2 434 150	1 250 000	3 684 150
Louez l'Eternel	7 212 720	342 000	1 560 000	168 000	132 000	39 600	70 000			9 524 320		9 524 320
Oasis	279 345	72 000	84 000	24 000						459 345		459 345
APCD/ ONG	506 050	19 500	80 000	75 000	9 100					689 650	155 097	844 747
Total	19 800 330	1 231 950	3 579 620	976 000	411 700	394 100	166 000	246 480	7 500	26 813 680	1 880 097	28 693 777
	21 032 280				5 781 400					26 813 680		

Source: Enquêtes sur les dépenses de santé du DSS (nov. 2003) - D. Bakusa (TOGO)

NB: Les 1 880 097 se sont pris en compte car il s'agit d'une FBCF du secteur privé

6.3 Collecte de données auprès des OI et OG Partenaires de terrain

Certains OI et OG partenaires en matière de santé ont soit une représentation, soit développé certains programmes spécifiques dans le DSS au cours de 2002. Il s'agit de :

Tableau 18: OI et OG partenaires de terrain du DSS (Année 2002)

OI & OG PARTENAIRES	Domaines d'intervention
CICR	Santé des Jeunes & Adolescents
DAHW	Lèpre, Tuberculose et autres Dermatoses
GTZ – PADESS	SSP
PLAN - TOGO	SMI – PF, IST/SIDA

L'appui de ces partenaires s'élève à **95 773 031 F CFA** dont 46 162 436 de F CFA d'Investissement (constructions, réhabilitations et équipements) ; ces informations sont consignées dans le tableau 19 suivant.

Tableau 19: DEPENSES DES OI ET OG IMPLANTES DANS LE DS DE SOTOUBOUA (Année 2002)

Montant Fcfa	Vaccination	Moustiquaires	Constructions et réhabilitations y compris équipements	Formation & Recyclage	Médicaments	IEC	Autres	TOTAL en FCFA
OI et OG								
CICR			4 224 708	597 442				4 822 150
DAHW					2 438 350		355 800	2 794 150
PLAN-TOGO	7 000 000	4 000 000	14 000 000	17 500 000	3 500 000	14 000 000	.	60 000 000
GTZ (SSP)			27 937 728	219 003				28 156 731
Total	7 000 000	4 000 000	46 162 436	18 316 445	5 938 350	14 000 000	355 800	95 773 031

Source: Enquêtes sur les dépenses de santé du DSS (nov. 2003) - D. Bakusa (TOGO

)

6.4 Collecte de données auprès des Thérapeutes traditionnels

Ces données sont collectées auprès 190 thérapeutes traditionnels sur les 277 environ que compte le DSS

Pour la plupart de ces thérapeutes traditionnels, aucun capital n'a été investi au départ dans leur activité ; les premières recettes qu'ils ont effectuées furent utilisées pour s'approvisionner en intrants non disponibles localement.

Les dépenses d'investissement sont quasi inexistantes ; bien que certains thérapeutes traditionnels aient construit des locaux pour hospitaliser leurs patients, ces locaux sont considérés comme partie intégrante de l'habitation domestique et non exclusivement affectés à la profession ; ce d'autant plus que les hospitalisations ne sont pas facturées.

La collecte a fournit les informations consignées dans le tableau 20 suivant. Notons que les intrants comprennent entre autres : les plantes (feuilles, écorces, racines), les boissons locales (Sodadi, Tchoukoutou), les sacrifices d'animaux, les lames à raser, le transport, le « salaire », les emballages (boîtes, bouteilles, sachets).....

Tableau 20: DEPENSES DES THERAPEUTES TRADITIONNELS DU DS DE SOTOUBOUA (Année 2002)

Pathologies	Coût moyen des intrants par cas traité (1)	Nombre moyen de cas par an (2)	Montant en FCFA (1) x (2)
Paludisme/Fièvre	960	24 648	23 662 080
Morsure de serpent	8 000	306	2 448 000
Morsure de scorpion	50	408	20 400
Fracture	8 000	792	6 336 000
Gonflement de la rate (ratite)	1 100	208	228 800
Hernies	7 000	156	1 092 000
Diarrhée	350	2 280	798 000
Vers & Maux de ventre	500	2 280	1 140 000
Hémorroïde	1 300	730	949 000
Règles douloureuses	2 800	2 520	7 056 000
Envoûtement	8 500	2 234	18 989 000
G.U.(Avortements répétés TTT pour faire accoucher)	15 000	1 132	16 980 000
Gonflement du ventre (constipation, kwashiorkor)	14 000	88	1 232 000
Folie (Santé mentale)	6 700	5	33 500
Zona	750	1 629	1 221 750
Angine	75	2 448	183 600
Yeux (corps / blessures)	75	570	42 750
Douleurs de nerfs	200	408	81 600
Douleurs musculaires	100	640	64 000
Abcès	2 000	870	1 740 000
Oedèmes des pieds	4 500	58	261 000
TOTAL			84 559 480

Source: Enquêtes sur les dépenses de santé du DSS (nov. 2003) - D. Bakusa (TOGO)

6.5 Collecte de données relatives à la Vente Libre de Médicaments

Les données sont collectées auprès de 48 Revendeuses de médicaments sur 7 différents marchés. Pour ces revendeurs et revendeuses le capital investi pour démarrer leur activité varie entre 10 000 et 230 000 F CFA.

Le tableau suivant fait la synthèse des dépenses concernant la vente libre de médicaments.

Tableau 21 : Synthèse de la Vente Libre de Médicaments dans le DS de Sotouboua (Année 2002)

Dépenses* annuelles effectuées	Effectif des vendeurs (1)	Centre de classe (2)	Montant en FCFA (1) X (2)
[1 - 200 000]	21	100 000	2 100 000
] 200 000 - 400 000]	9	300 000	2 700 000
] 400 000 - 600 000]	4	500 000	2 000 000
] 600 000 - 1 000 000]	6	800 000	4 800 000
] 1 000 000 - 1 500 000]	3	1 250 000	3 750 000
] 1 500 000 - 3 000 000]	4	2 250 000	9 000 000
] 3 000 000 - 5 000 000 [1	4 000 000	4 000 000
TOTAL	48		28 350 000

Source: Enquêtes sur les dépenses de santé du DSS (nov. 2003) - D. Bakusa (TOGO)

* Dépenses: Achats de médicaments et emballages, Transport, "Salaire"

CHAPITRE VII :

ANALYSES

ET

DISCUSSIONS

DES

RESULTATS

L'analyse des dépenses du DSS s'effectuera dans l'ordre de détermination des différents agrégats des comptes de la santé à savoir :

- *La Consommation de Soins et Biens Médicaux (CSBM)
- *La Consommation de Soins de Médecine Préventive (CSMP)
- *La Consommation Médicale Totale (CMT)
- *La Mission de Santé Publique à Caractère Général (MSPCG)
- *La Dépense Courante de Santé (DCS)
- *La Dépenses Nationale de Santé (DPS)

*et une analyse de la DCS par Opérations de Financement

Pour déterminer ces différents agrégats, les différentes rubriques des tableaux précédents (sauf Tableaux 13 & 14) comportent leurs différentes affectations aux comptes de la santé.

Pour les tableaux 13 et 14 , les dépenses qui y sont enregistrées sont affectées par le Tableau 17 ci-après. Ensuite suivra le tableau 22 récapitulatif de l'ensembles des dépenses effectuées en matière de santé dans le District Sanitaire de Sotouboua (DSS) pour le compte de l'année 2002.

En effet ces **dépenses totales** s'élèvent à 509 298 591 F CFA dont 1 880 097 F CFA constituent des dépenses d'investissement du secteur privé et ne seront pas pris en compte.

Aussi les dépenses à affecter dans les comptes de la santé du DSS-2002 s'élèvent à **507 418 494 F CFA** comme l'indique le tableau 22 ci-après.

Tableau 22: REPARTITION PAR SERVICES DES DEPENSES DES TABLEAUX 13 et 14

Montant en F CFA SERVICES	Tableau n° 13		Tableau n° 14					TOTAL en Fcfa
	HD	USP	Salaires (Etat & Local)	EAU	Electricité	Téléphone		
Prévention (Hygiène & Assainis)	884 384	1 208 761	6 605 907	20 580	153 005		8 872 637	
Laboratoire	224 843	272 653	5 605 927	371 720	560 200		7 035 343	
Maternité	187 370	309 006	9 374 372	278 790	245 510		10 395 048	
Médecine	861 900	1 081 523	26 222 444	37 170	919 145		29 122 182	
Lèpre/Tuberculose	74 948		1 437 442		53 825		1 566 215	
Chirurgie & Anesthésie	262 317		10 258 204	724 855	123 830		11 369 206	
Administration Générale	2 323 381	3 226 390	6 132 070		1 257 275	2 218 046	15 157 162	
Radiologie	202 359		4 352 545	221 125	1 639 915		6 415 944	
Kinésithérapie	112 422		3 492 813	55 750	53 825		3 714 810	
PMI-PF	2 360 856	2 990 092	6 206 386	148 680	104 300		11 810 314	
Sous-Total	7 494 780	9 088 425	79 688 110	1 858 670	5 110 830	2 218 046	105 458 861	
Total	16 583 205			88 875 656				

Source: Enquêtes sur les dépenses de santé du DSS (nov. 2003) - D. Bakusa (TOGO)

Tableau 23: RECAPITULATIF DES DEPENSES DU DSS (Année 2002)

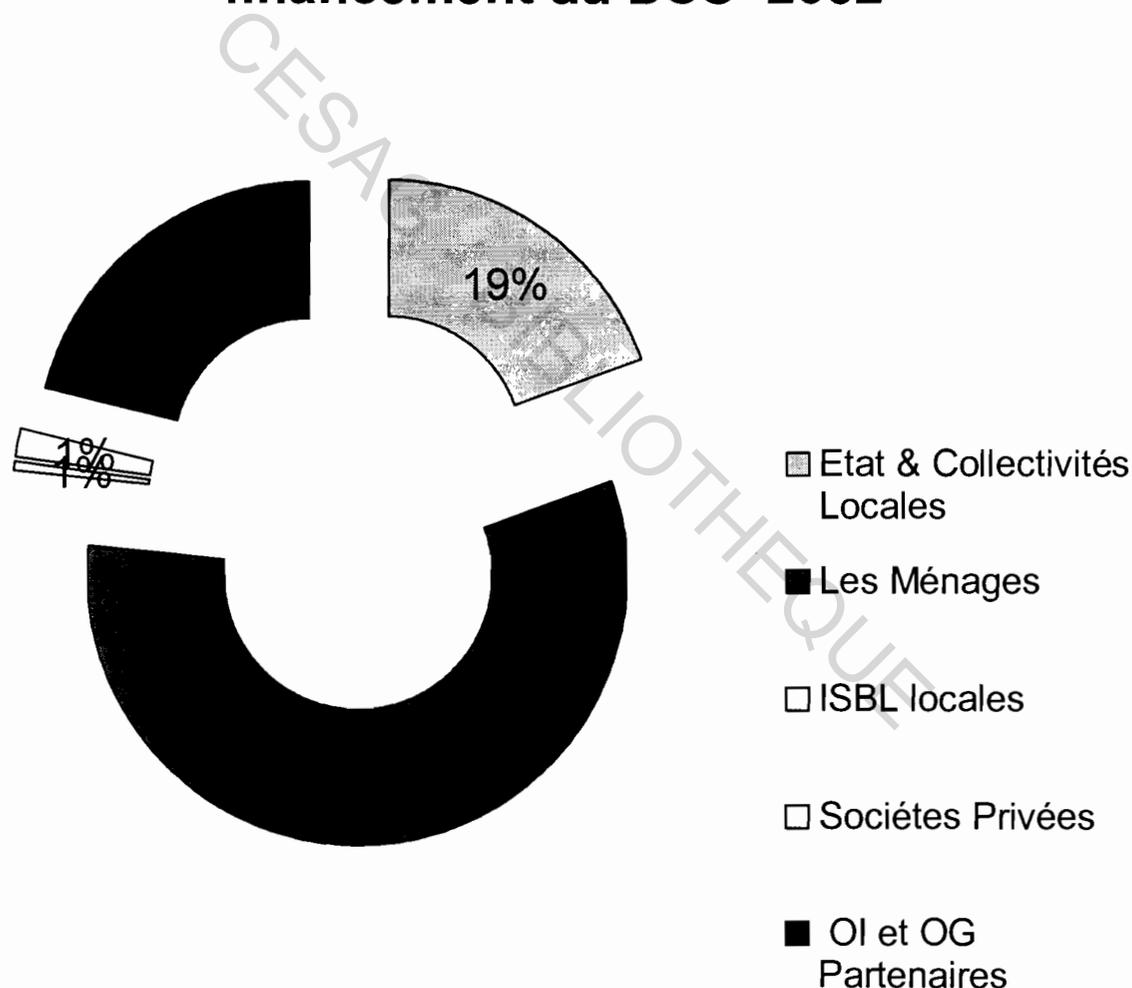
TABLEAUX		Montant en Fcfa
N°	Titre	
8	Dépenses des formations sanitaires publiques	16 583 205
9	Dépenses directement affectées aux comptes de santé	166 463 442
14	Dépenses des OI et OG implantés dans le DSS	95 773 031
12	Dépenses des dépôts de Pharmacie privés	26 813 680
16	Vente libre de médicaments	28 350 000
15	Dépenses des thérapeutes traditionnels	84 559 480
10	Autres dépenses publiques de santé	88 875 656
DEPENSES TOTALES		507 418 494

Source: Enquêtes sur les dépenses de santé du DSS (nov. 2003) - D. Bakusa (TOGO)

7.1 Dépense Courante de santé (DCS) par Opérations de Financement

Le financement de la DCS analyse du point de vue des fonctions de santé, des prestataires de soins et autres distributeurs de biens médicaux, les dépenses effectuées par l'Etat, les collectivités locales, les ménages, le secteur privé et les OI et OG partenaires nationaux comme internationaux.

Graphique 1: Dépense Courante de Santé (DCS) par Opérations de financement du DSS- 2002



Source . Enquêtes sur les Dépenses de santé du DSS (Nov. 2003) D. Bakusa (TOGO)

Les agents de financement ont été regroupés en 4 catégories, comme l'a montré le graphique précédent mais en regroupant les deux agents de financement que sont les « Ménages » et les « sociétés privées » sous la rubrique « Secteurs Privés » .

Certaines dépenses financées par les partenaires (l'OMS, l'UNICEF, le ROTARY, le Global 2000) ont été regroupées dans la colonne « **AUTRES** » du fait que ces dépenses n'ont pas pu être réparties entre eux.. Elles représentent 9,27% de la DCS

Les **Administrations Publiques** (l'ETAT et les **collectivités locales**) ont financé les dépenses du DSS à concurrence de **19,35%** (rappelons que le crédit alloué par l'Etat, hors salaires à été consommé à moins de 36%. Ceci est dû au fait que les fournisseurs des formations sanitaires publiques, après plusieurs factures impayées n'offrent plus de prestations et ne livrent plus d'articles à ces formations sanitaires)

Notons également que la déconcentration des services administratifs n'est effective et opérationnelle qu'au niveau des différents services du ministère de la santé et pas pour les autres ministères. Aussi, la participation des **collectivités locales** aux dépenses de santé reste très limitée (ici elle représente **0,10%** de la DCS)

Face à cet apport limité de l'Etat, le poids de la dépense est supporté par les **Ménages** qui ont financé **57,09%** de la DCS-2002.

Les **OI et OG partenaires au développement sanitaire** viennent ensuite avec **21,21%** ; sans oublier les **sociétés privées** (1% sur le graphique mais **1,47%** plus exactement) et les **ISBL locales** (1% sur le graphique mais **0,78%** plus exactement). Les ISBL locales comprennent une ONG dénommée APCD et la congrégation religieuse NDE (Notre Dame de l'Eglise).

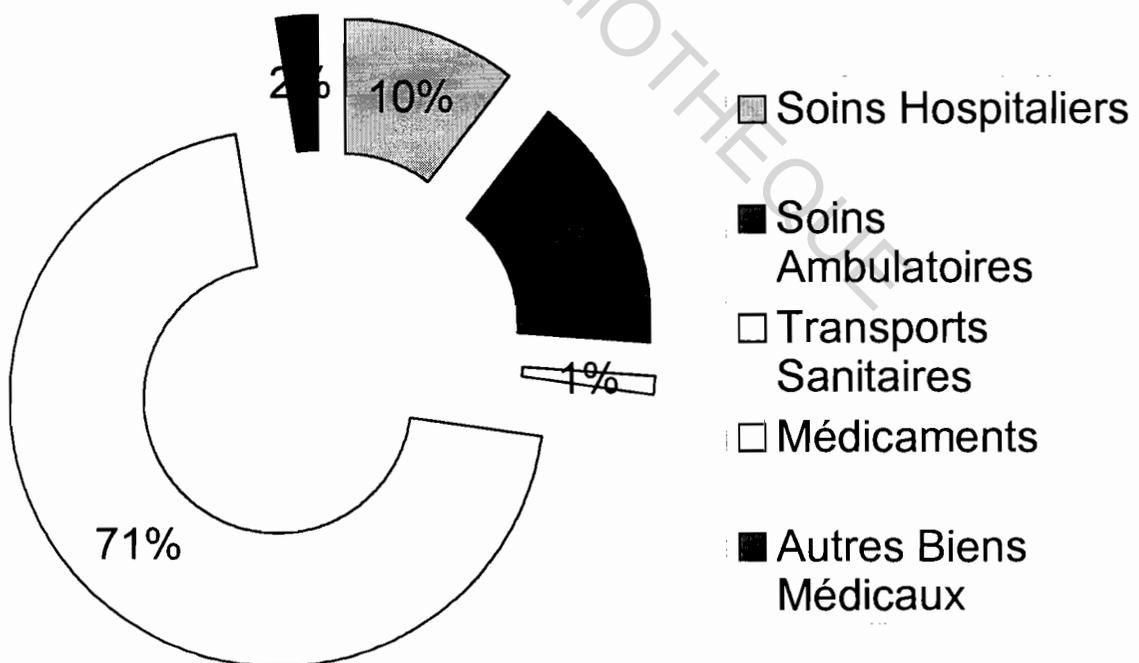
Le tableau 24 ci-après en donne les détails.

7.2 Consommation de Soins et Biens Médicaux (CSBM)

La CSBM du DSS pour l'année 2002 s'élève à **302 700 339 F CFA** et est constituée à 71 % des dépenses en médicaments, suivi des soins ambulatoires (16 %) et des soins hospitaliers (10%). Les transports sanitaires et autres biens médicaux se partagent le reste.

L'importance relative des principales composantes de la CSBM est donnée par le graphique 1, tandis que le tableau 25 indique toutes les composantes et sous-rubriques de la CSBM.

Graphique2: Consommation de Soins et Biens Médicaux (CSBM) du DSS-2002



Source . Enquêtes sur les Dépenses de santé du DSS (Nov. 2003) D. Bakusa (TOGO)

Tableau 25: CONSOMMATION DE SOINS ET BIENS MÉDICAUX (CSBM) DU DSS (Année 2002)

Soins et biens médicaux		MONTANT en F CFA	%
1- Soins Hospitaliers		31 653 206	10
1.1- Soins Hospitaliers Publics		31 653 206	10
2- Soins Ambulatoires		47 142 024	16
2.1- Médecins (consultations externes de l'hôpital de district)		5 994 439	2
2.2- Auxiliaires Médicaux		27 696 298	9
2.2.1- AM et Infirmiers		5 186 060	2
2.2.2- SF et Accoucheuses		10 395 048	3
2.2.3- Masseurs - kiné et Anesthésistes		3 714 810	1
2.2.4- Thérapeutes traditionnels		8 400 380	3
2.3- Aides aux diagnostics		13 451 287	4
2.3.1- Analyses médicales (Laboratoire)		7 035 343	2
2.3.2- Imageries médicales (Radio)		6 415 944	2
3- Transports sanitaires		3 844 795	1
4- Médicaments		212 774 459	70
4.1- Dépôts de Pharmacie publics (y compris ceux des OI et OG partenaires)		87 507 679	29
4.2- Dépôts de Pharmacie privés		21 032 280	7
4.3- Pharmacopée (Thérapeutes traditionnels)		76 159 100	25
4.4- Médicaments en vente libre		28 075 400	9
5- Autres Biens Médicaux		7 285 855	2
5.1- Optiques, Prothèses, Orthèses, VPH		DND	
5.2- Petits matériels et pansements		7 285 855	2
6- CSBM (1+.....+ 5)		302 700 339	100

Source: Enquêtes sur les dépenses de santé du DSS (nov. 2003) - D. Bakusa (TOGO)

Notons que seul l'HD fournit des soins Hospitaliers et que, près de 24% de la population de l'aire sanitaire (correspondant aux USP Djarkpanga, Tindjassi et Boulohou situées dans une zone enclavée par rapport à l'HD) en cas de référence de ces trois USP se fait soigner dans le district sanitaire voisin (DS de Bassar) ou au Ghana à cause de la proximité et (selon les usagers) des coûts plus abordables.

Les soins hospitaliers sont essentiellement composés des hospitalisations en médecine générale, mais aussi des cas de maternité et de chirurgie générale ; ce dernier service (Chirurgie) ouvert courant 2001 a organisé des journées porte ouverte au cours de l'année 2002 pour sensibiliser la population sur ses prestations. De plus, les cas de traumatisme, dus aux accidents de la voie publique (AVP) sont fréquents dans le DSS, qui nous rappelle est traversé par la RN n°1.

Les Tableaux ci-après donnent des informations sur les hospitalisations effectuées dans le DSS au cours de l'année 2002.

Tableau n°26 : Répartition des **malades hospitalisés par service** dans le District Sanitaire de Sotouboua 2000 à 2002

N°	Année	2000	2001	Augmentat relative par rapport à l'année précédente	2002	Différence relative par rapport à l'année précédente
		nbre	nbre		nbre	
	Service					
	Maternité	488	639	31%	407	-36%
	Médecine	556	914	64%	840	-8%
	Chirurgie	0	174	-	408	134%
	TOTAL	1044	1727	100	1655	100

Source : Rapport annuel des activités du DSS (Année 2003)

Tableau n°27 : Répartition du nombre de **jours d'hospitalisation par service** dans le District Sanitaire de Sotouboua 2000 à 2002

N°	Année	2000	2001	Augmentat relative par rapport à l'année précédente	2002	Différence relative par rapport à l'année précédente
		nbre	nbre		nbre	
	Service					
	Maternité	1572	2386	52%	1575	-34%
	Médecine	3231	4990	54%	4208	-16%
	Chirurgie		1575	-	2932	86%
	TOTAL	4803	8951	86%	8715	-3%

Source : Rapport annuel des activités du DSS (Année 2002)

Tableau n°28 : Répartition des patients par **intervention chirurgicale** dans le l'Hôpital de District de Sotouboua 2001 à 2002

Intervention	2001		2002		différence en % par rapport AP 2002
	nbre	%	nbre	%	
Césariennes	38	46	75	36	97
Hernies	43	52	126	61	193
GEU	1	1	7	03	600
Appendicite	1	1	0		0
nombre Total	83	100	208	100	890

Source : Rapport annuel des activités du DSS (Année 2002)

S'agissant des soins ambulatoires (16 % de la CSBM), les auxiliaires médicaux qui représentent environ 90% du personnel soignant consomment près de 60% des dépenses en soins ambulatoires et 9% des dépenses en soins et biens médicaux . Les informations sur les prestations offertes en consultations externes notamment les nouveaux cas en consultation curative et les 10 premières affections les plus fréquentes sont consignés dans les tableaux suivants.

Tableau n° 29 : Répartition des **nouveaux cas** avec **taux de fréquentation en consultation curative** par année de 2000 à 2002

Année	2000	2001		2002	
	nbre	nbre	Différence relative	nbre	Différence relative
Taux de fréquentation					
nombre de consultation curative	37261	40876	10%	45726	12%
Taux de fréquentation	27,43	26,47	-3,5%	28,9	9,18%

Source : Rapport annuel des activités du DSS (Année 2002)

Par ailleurs, les dépenses des services d'aides aux diagnostics (Laboratoire et Radiologie) ne représentent que 4% de la CSBM, presque également réparties entre les deux. S'agissant des prestataires, c'est deux USP (Adjengré et Tchébébé) et l'HD qui fournissent des services de laboratoire tandis que seul l'HD a un service de radiologie.

Les données collectées sur les affections courantes en consultation externe, de même que celles relatives aux service d'aides aux diagnostics sont consignées dans les tableaux suivants.

Tableau n° 30 : Répartition des malades par affections les plus fréquentes en consultation externe dans les FS publiques du district sanitaire de Sotouboua

N°	Années	2000		2001		2002	
		nbre	%	nbre	%	nbre	%
1	Paludisme	15998	42,9	18262	44,7	17.953	44,4%
2	Diarrhées	3111	8,3	3361	10,3	3448	8,5%
3	Plaies et traumatismes	2900	7,8	4227	10,3	4435	11%
4	IRA	1842	4,9	2235	5,5	2712	6,7%
5	Autres Helminthiases	1102	3	1169	2,9	1529	3,8%
6	Broncho - Pneumonie	1076	2,9	1161	3,8	1415	3,5%
7	Rhumatismes	802	2,2	798	2	580	1,4%
8	Conjonctivites	749	1,8	700	1,9	729	1,8%
9	Causes mal définies	700	1,9	0	0	0	0%
10	Autres Traumatismes	1707	4,6	0	0	0	0%
TOTAL		29 987	80,3%	31 913	81,4%	32 801	81%

Source : Rapport annuel des activités du DSS (Année 2002)

Notons que dans ce tableau 30, les proportions par affections et leur cumul sont déterminés en fonction de l'ensemble des affections reçues en consultation externe et non en fonction du total de ces dix affections. Ainsi pour l'année 2002, 32 801 affections ont été notifiées et elles représentent 81% de l'ensemble des affections reçues en consultation externes.

Tableau 31 : Activités du **laboratoire** et de la **radiologie** des FS publiques (année 2002)

Année	2001	2002	Différence
Laboratoire	11085	13966	2881
Radiologie	272	654	384

Source : **Rapport annuel des activités du DSS (Année 2002)**

Pour les **transports sanitaires**, l'ambulance de l'HD n'a été en service que durant quelques mois au cours de l'année 2002 à cause d'une panne ; ceci explique que cette rubrique ait occasionné peu de dépenses. En cas d'évacuation sanitaire nécessitant une ambulance, le patient cherche lui-même son moyen de transport.

S'agissant des dépenses en **médicaments** (71 % de la CSBM), si les médicaments vendus dans les dépôts de pharmacies publics (HD et USP) représentent 41 % des dépenses totales en médicaments , la pharmacopée vient en deuxième position avec 36%. On pourrait en déduire que les patients ont tendance à s'adresser d'avantage aux formations sanitaires publiques (qui vendent des Médicaments Essentiels et Génériques - MEG) et aux thérapeutes traditionnels ; les prix pratiqués par ces deux catégories de prestataires étant plus abordables.

Notons qu'une bonne partie du stock des dépôts de pharmacie privés est constituée de MEG ; mais les patients ne s'adressent à eux que lorsque les formations sanitaires où ils ont été consultés ne disposent plus des médicaments désirés.

Bien que nous n'ayons pas de données statistiques fiables concernant la vente libre des médicaments au cours des années antérieures, on note une forte baisse du nombre de vendeurs et des stocks vendus à cause des saisies et arrestations opérées dans le district au cours de l'année 2002.

Concernant les **autres biens médicaux** qui représentent 2% de la CSBM, ils sont exclusivement composés des dépenses en petits matériels et pansements ; les données relatives aux Optiques, Prothèses, Orthèses et VPH n'étant pas disponibles. Notons que les distributeurs de ces biens sont implantés en dehors du DSS et ne tiennent pas de statistiques en fonction du district de provenance de leurs patients, d'où l'indisponibilité de ces données.

En résumé, notons que la CSBM est financé à plus de **75% par les ménages et à 21% par l'Etat**. Mais la dépense de l'Etat dans ce seul agrégat représente plus de 74% de son apport. On en déduit donc que plus des $\frac{3}{4}$ des dépenses financées par l'Etat ont été utilisées pour les soins « curatifs ».

Notons également que ces **soins curatifs** représentent près de **91% de la CSBM** ; ce qui à notre avis est assez élevé pour un district sanitaire.

Par ailleurs, le nombre total d'hospitalisation (tous services confondus) étant de 1 655 patients, **le coût moyen (hors médicaments) d'une hospitalisation serait de 19 126 F CFA**. De plus, avec une **durée moyenne d'hospitalisation de 6 jours**, le **coût moyen d'une journée d'hospitalisation (hors médicaments) est de 3 632 F CFA**.

S'agissant des Soins Ambulatoires, **le coût moyen d'une consultation externe (hors médicaments) est de 1 070 F CFA** ; celui d'une **analyse médicale (Laboratoire) 504 F CFA** tandis qu'**imagerie médicale (Radiologie) coûte 9 810 F CFA**.

Concernant les médicaments, (soins hospitaliers et soins ambulatoires inclus), **le coût moyen d'une ordonnance est de 4 040 F CFA**.

Enfin, **un soin et bien médical a coûté en moyenne 6 620 F CFA en 2002**.

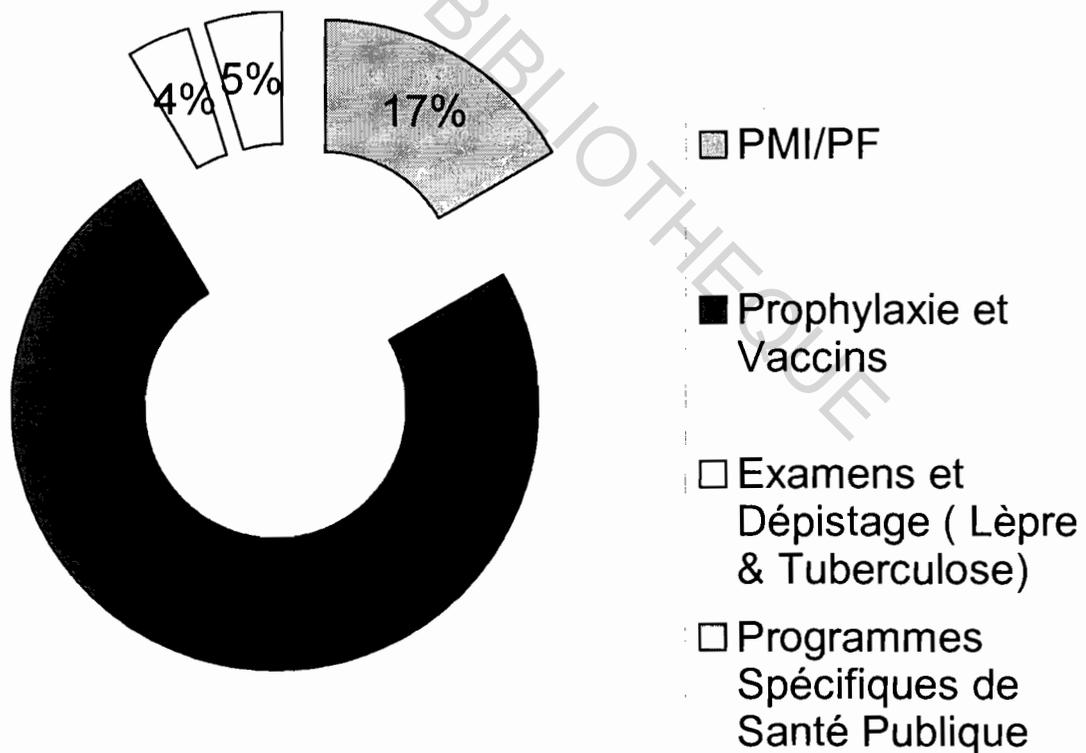
Les différents coûts per capita déterminés sont à notre avis relativement élevés ; le nombre de patients bénéficiaires des soins, qu'ils soient hospitalisés ou reçus en consultation externe serait probablement plus élevé. En effet, dans certains cas, les soins dispensés au personnel de santé et à leurs parents ne sont pas toujours enregistrés.

Pour terminer, **la CSBM représente 66% de la DCS, 63% de la DPS et 60% des dépenses totales effectuées en 2002**.

7.3 Consommation des Soins de Médecine Préventive (CSMP)

La CSMP du DSS au cours de l'année 2002 s'élève à **70 348 055 F CFA** dont 95% est consommée par les soins de médecine préventive et de dépistage ; et le reste par les programmes spécifiques de santé publique.

Graphique 3: Consommation de Soins de Médecine Préventive (CSMP) du DSS-2002



Source . Enquêtes sur les Dépenses de santé du DSS (Nov. 2003) D. Bakusa (TOGO)

Le tableau 32 ci-après en donne les détails chiffrés.

Tableau 32: CONSOMMATION DE SOINS DE MEDECINE PREVENTIVE (CSMP) DU DSS (Année 2002)

Soins et Biens Médicaux	MONTANT en F CFA	%
7.1- Médecine Préventive et de Dépistage	67 024 597	95
7.1.1- PMI/PF	11 810 314	17
7.1.2- Prophylaxie et Vaccins	52 420 133	75
7.1.3- Examens et Dépistages (Lèpre, Tuberculose)	2 794 150	4
7.2- Programmes Spécifiques de Santé Publique	3 323 458	5
7.2.1- PLNS	690 060	1
7.2.2- PLNO	863 900	1
7.2.3- Lutte contre la Drogue et le Tabac	597 442	1
7.2.4- "Surveillance épidémiologique"	1 172 056	2
7- CSMP (7.1 + 7.2)	70 348 055	100

Source: Enquêtes sur les dépenses de santé du DSS (nov. 2003) - D. Bakusa (TOGO)

CSMP = 15, 32% DCS
 = 14,79% DPS
 = 13,86% DEPENSES TOTALES 2002

Le coût de « **Vaccins et Prophylaxie** » représente **plus de 74% de la** Consommation des Soins de Médecine Préventive (**CSMP**). Cette rubrique se répartit entre les JNV- Polio, la vaccination de routine, la campagne anti-rougeoleuse organisée en 2002 et surtout des lots de vaccins, apport des partenaires. Les doses de vaccins par antigènes administrées sont consignées dans le tableau suivant.

Tableau n° 33 : Répartition des **antigènes administrés** par année de 2000 à 2002 dans le District Sanitaire de Sotouboua

Année Antigène	2000		2001		Différence relative	2002		Différence relative
	Nbre	%	Nbre	%		Nbre	%	
BCG	5363	98,7%	4310	69,08%	-19,63%	4369	70%	1,37%
DTCoq1	5137	94,5%	4132	66,09%	- 19,56%	4481	72%	8,45%
DTCoq3	4958	91,2%	3710	60,01%	- 25,17%	4202	68%	13,26%
VAR	4928	90,7%	2801	45,3%	- 43%	3470	56%	23,88%
Taux d'abandon DTCoq Polio		3,5%		10,2%			6,20%	

Source : Rapport annuel des activités du DSS (Année 2002)

NB : les variations de la couverture vaccinale sont liées au changement de la population cible des aires sanitaires de certaines USP.

La **PMI/PF** qui représente **17% de la CSMP** est essentiellement constituée des charges issues des activités de CPN, CPC et PF qui sont consignées dans les tableaux 34, 35 et 36 ci-après.

Tableau n° 34 : Indice de concentration des **consultations en CPN** de 2000 à 2002 dans le District Sanitaire de Sotouboua

Année	2000	2001	2002
Nombre	12263	11.554	5599
Indice de concentration	X 3635	$\frac{5285}{3587} = 1,5$	$\frac{5599}{3716} = 1,5$

Source : Rapport annuel des activités du DSS (Année 2002)

Tableau n° 35 : Consultation Post- Natale des mères du DSS (Année 2002)

Année	2000	2001	2002
Nombre	5952	6177	1158
Indice de concentration		3%	-81%

Source : Rapport annuel des activités du DSS (Année 2002)

Tableau n° 36 : Répartition des taux de protection en PF par année 2000 à 2002 dans le District Sanitaire de Sotouboua

Année	2000	2001	2002
Nombre	1019	1074	1060
%	3,8%	3,5%	3,3%

Source : Rapport annuel des activités du DSS (Année 2002)

Concernant les dépenses au profit des « Examens et dépistages », il s'agit essentiellement des cas de Lèpre et Tuberculose avec 11 cas de Tuberculose diagnostiqués et traités dont 3 décès d'une part, et d'autre part 3 cas de lèpre PM et 4 cas de lèpre MB dont 4 guérissons et 3 en cours de traitement.

Par ailleurs, la plupart des programmes de santé au TOGO étant intégrés, nous n'avons ici spécifié que les programmes pour lesquels certains partenaires ont directement apporté leur contribution au DSS en 2002. Il s'agit du PLNO (financement OMS), de la lutte contre la drogue et le tabac (Financement CICR) et du PNLIS (financement de SFPS).

S'agissant des IST/SIDA, nous donnons ici quelques informations sur l'évolution des cas dénombrés dans les formations sanitaires publiques de 2000 à 2002 dans le tableau n° 37 suivant.

Tableau n° 37 : Répartition des cas de IST / SIDA, dans les formations sanitaires publiques du District Sanitaire de Sotouboua de 2000 à 2002

Année		2000		2001		2002	
		nbre	%	nbre	%	nbre	%
Affections	Cas	808	2,17	870	2,12	637	1,40
	Décès	00	00	00	00	00	00
IST	Cas	21	0,05	39	0,10	51	0,10
	Décès	00	00	00	00	00	00
VIH/SIDA	Cas	21	0,05	39	0,10	51	0,10
	Décès	00	00	00	00	00	00

Source : Rapport annuel des activités du DSS (Année 2002)

La **surveillance épidémiologique** concerne essentiellement les MPE (Maladies à Potentiel Epidémiologique) qui sont notifiées dans le tableau suivant.

Tableau n° 38 : Répartition des MPE notifiées de 2000 à 2002 dans les formations sanitaires publiques du District Sanitaire de Sotouboua

N°	Années Affection	2000		2001		2002	
		nbre	%	nbre	%	nbre	%
1	Rougeole	207	152,38	12	7,77	1	0,63
2	Coqueluche	00		6	3,88	0	00
3	Diarrhées graves	00		2	1,29	2	1,26
4	Choléra	00		33	21,36	0	00
5	Fièvre Jaune	00		0	00	8	5,05
6	Méningite Cérébro-Spinale	24	17,66	22	14,24	76	48,03
7	Tétanos néo-natal	00		0	00	1	0,63
8	Rage	00		0	00	1	0,63
TOTAL		231		75		89	

Source : Rapport annuel des activités du DSS (Année 2002)

En définitive, la **CSMP** est financée à plus de **83%** par l'ensemble des partenaires, à 9% par l'Etat et à seulement 7,60% par les ménages. De plus, les dépenses financées par les ménages au profit de la médecine préventive représentent seulement 2% de leurs dépenses totales ; confirmant ainsi la tendance des ménages à consommer (et donc à demander) plus de soins curatifs que de soins préventifs.

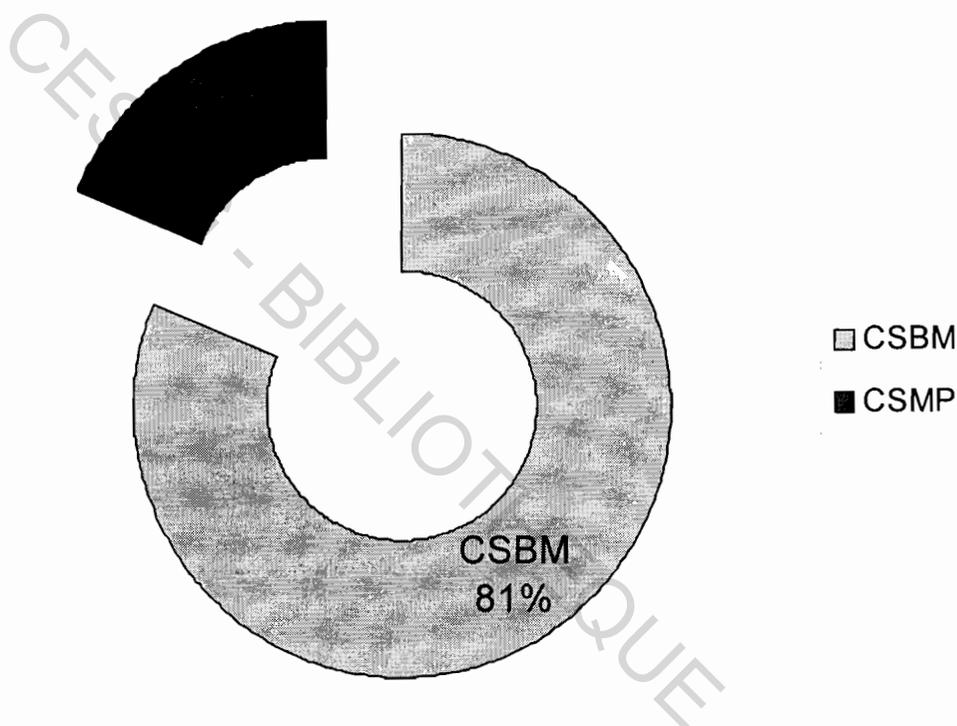
Le nombre total de patientes reçues aussi bien en PF,CPN et CPC étant de 10 473 personnes, le **coût moyen de la PMI/PF** par personne reçue est de **1 128 F CFA**, tandis la **CSMP per capita est de 444 F CFA** et donc très faible.

Enfin, la **CSMP** représente **15, 32% de la DCS, 14,79% de la DPS et 13,86% des dépenses totales effectuées en 2002 dans le DSS.**

7.4 Consommation Médicale Totale (CMT)

La CMT, somme des deux agrégats précédents s'élève à **373 048 394 F CFA** dont 81% pour la CSBM et 19% pour la CSMP.

Graphique 4: Consommation Médicale Totale (CMT) du DSS-2002



Source: Enquêtes sur les dépenses de santé du DSS (nov. 2002) - D. Bakusa (TOGO)

Ainsi les Soins et Biens Médicaux représentent plus de 4/5 de la CMT, tandis que les soins préventifs ne représentent que **26% de la CMT**. La CMT per capita est de **2 356 F CFA**.

La CMT elle-même (voir tableau 39 ci- dessous) représente **81% de la DCS** ,**78% de la DPS** et **74% des dépenses totales effectuées en 2002**.

Tableau 39: CONSOMMATION MÉDICALE TOTALE (CMT) DU DSS (Année 20002)

Soins et Biens Médicaux	MONTANT en F CFA	%
6- Consommation de Soins et Biens Médicaux (CSBM)	302 700 339	81
7- Consommation de soins de Médecine Préventive (CSMP)	70 348 055	19
8- Consommation Médicale Totale (CMT) (6 + 7)	373 048 394	100

Source: Enquêtes sur les dépenses de santé du DSS (nov. 2003) - D. Bakusa (TOGO)

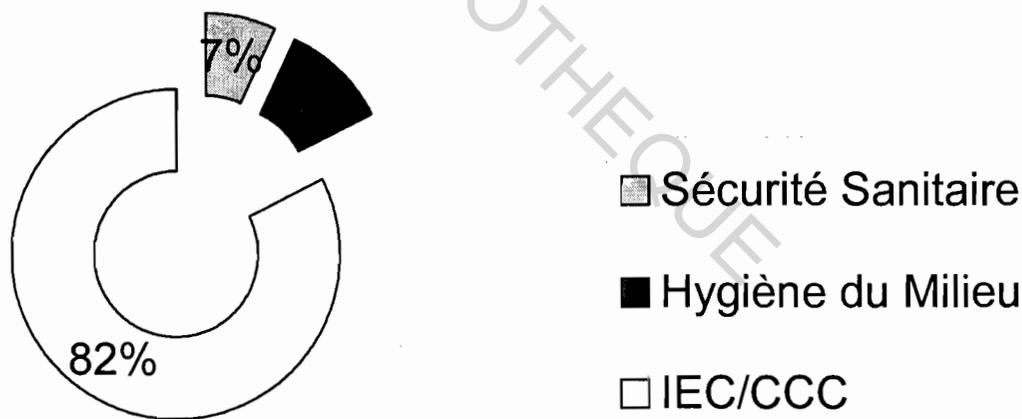
$$\begin{aligned}
 \text{CMT} &= 81, 22\% \text{ DCS} \\
 &= 78,47\% \text{ DPS} \\
 &= 73,51\% \text{ DEPENSES TOTALES 2002}
 \end{aligned}$$

7.5 Mission de Santé Publique à Caractère Général (MSPCG)

Les dépenses de la **MSPCG** s'élèvent à **22 872 637 F CFA** et recouvrent les activités telles que les visites domiciliaires, la salubrité des formations sanitaires, les visites des abattoirs, l'établissement des cartes professionnelles pour la vente des Denrées Alimentaires (DA), le contrôle des DA, l'IEC/CCC et la vaccination. Ces dépenses sont regroupées en deux grandes rubriques : **Protection de la santé (18%)** et **Promotion de la santé (82%)**.

La figure 5 donne la représentation de la MSPCG avec la rubrique Protection de la Santé éclatée en Sécurité Sanitaire et Hygiène du Milieu.

Graphique 5 : Mission de Santé Publique à Caractère Général (MSPCG) du DSS-2002



Source . Enquêtes sur les Dépenses de santé du DSS (Nov. 2003) D. Bakusa (TOGO)

Par ailleurs, la **MSPCG** (voir tableau 40 ci-dessous) représente **4,98% de la DCS, 4,81% de la DPS et 4,50% des dépenses totales.**

Tableau 40: MISSION DE SANTE PUBLIQUE A CARACTERE GENERAL (MSPCG) DU DSS (Année 2002)

Soins et Biens Médicaux	MONTANT en F CFA	%
1- Prévention des Risques Professionnels (hors médecine du travail)	DND*	
2- Protection de la Santé	4 033 016	18
2.1- Sécurité Sanitaire	1 613 206	7
2.2- Hygiène du Milieu	2 419 810	11
3- Promotion de la Santé	18 839 621	82
3.1- IEC/CCC	18 839 621	
MSPCG (1 + 2 + 3)	22 872 637	100

Source: Enquêtes sur les dépenses de santé du DSS (nov. 2003) - D. Bakusa (TOGO)

* Société TOGO-Electricité (Informations non fournies sur la prévention des risques professionnels de son personnel opérant dans le district)

MSPCG = 4,98% DCS

= 4,81% DPS

= 4,50% DEPENSES TOTALES 2002

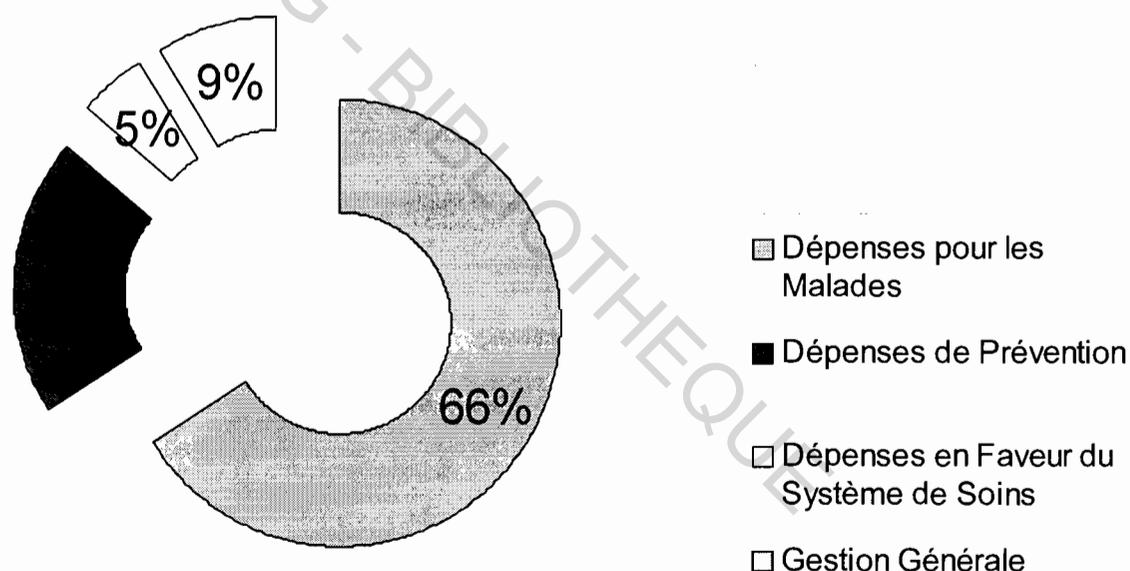
7.6 Dépense Courante de Santé (DCS)

La DCS mesure l'effort consacré au cours de l'année au titre de la fonction santé pour l'ensemble des agents ; c'est en d'autres termes, la somme des dépenses qu'engagent les financeurs de l'ensemble du système.

La DCS du DSS année 2002 s'élève à **459 316 573 F CFA** dont 66% de dépenses pour les malades, 20% de dépenses de prévention, 5% de dépenses en faveur du Système de soins et 9% de dépenses de gestion générale.

Le graphique 6 suivant en donne la représentation.

Graphique 6 : Dépense Courante de Santé (DCS) du DSS -2002



Source . Enquêtes sur les Dépenses de santé du DSS (Nov. 2003) D. Bakusa (TOGO)

Les **Dépenses pour les Malades (66% de la DCS)** sont exclusivement composées des Dépenses de Soins et Biens Médicaux (CSBM). Les Dépenses d'Aides aux Malades aussi bien directes qu'indirectes sont inexistantes.

En tenant compte de l'effectif des « malades » demandeurs de soins, la **dépense moyenne pour un malade s'élève à 6 620 F CFA.**

S'agissant des **Dépenses en Faveur du Système de Soins**, sous la rubrique « Dépenses de Formation », celles financées par les partenaires représentent plus de 90% de ces dépenses de formation. Les Dépenses de Recherches Médicales et Pharmaceutiques ici notifiées constituent la part du DSS dans les dépenses de recherche d'envergure nationale effectuées par le PNLO et le PNED.

Les **Dépenses de Gestion Générale** sont dans l'ensemble peu élevées par rapport à la DCS; ceci est en partie dû au système administratif assez léger du DSS engendrant peu de coûts. De plus il n'y a pratiquement pas de personnel exclusivement administratif ; tous participent aussi aux différentes prestations offertes par le DS. Aussi les dépenses financées par l'Etat sous cette rubrique représentent seulement 2% de la DCS bien qu'équivalentes à 24% des dépenses de gestion. Les dépenses de gestion des administrations privées (2% de la DCS) indiquent l'état peu développé du secteur privé sanitaire.

On peut dire que le fait que 11% des dépenses de l'Etat servent à financer les dépenses de gestion administrative reste acceptable.

Par ailleurs, le nombre de bénéficiaires des prestations offertes par les formations sanitaires publiques se résume comme suit :

< 5 ans.....	13 238 patients.....	29%
> 5 ans.....	32 488 patients	71%

En tenant exclusivement compte des dépenses effectuées par les formations sanitaires publiques, **la dépense par bénéficiaire est de 7 689 F CFA** ; alors que la **DCS per capita est 2 901 F CFA**.

Les composantes de la DCS sont consignées dans le tableau 41 suivant.

Tableau 35: DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ (DCS) DU DSS (Année 2002)

Soins et biens médicaux	MONTANT en F CFA	%
1- Dépenses pour les Malades	302 700 339	66
1.1- Dépenses de Soins et Biens Médicaux (a)	302 700 339	66
2- Dépenses de Prévention	93 220 692	20
2.1- Dépenses de Médecine Préventive (b)	70 348 055	15
2.2- Missions de Santé Publique à caractère général (MSPCG) (c)	22 872 637	5
3- Dépenses en Faveur du Système de Soins	21 897 966	5
3.1- Dépenses de Recherches Médicales et Pharmaceutiques	1 262 276	0
3.2- Dépenses de Formation	20 635 690	4
4- Gestion Générale	41 497 576	9
4.1- Frais de Gestion du DSS	33 966 526	7
4.2- Frais de Gestion de certaines administrations privées	7 531 050	2
Dépense Courante de Santé (DCS) (1++ 4)	459 316 573	100

Source: Enquêtes sur les dépenses de santé du DSS (nov. 2003) - D. Bakusa (TOGO)

- (a) Dépenses de Soins et Biens Médicaux = CSBM (6) Tableau 25
- (b) Dépenses de Médecine Préventive = CSMP (7) Tableau 32
- (c) MSPCG Tableau 40

7.7 Dépense Préfectorale de Santé (DPS)

La DPS du DSS année 2002 s'élève à **485 520 528 F CFA**. Outre la DCS (exceptées les dépenses de recherche et de formation), la FBCF représente 10% de la DPS.

La DCS nette des « aides indirectes et des dépenses de recherche et formation » s'élève à 437 418 607 F CFA et représente près de 90% de la DPS.

Cette déduction faite à la DCS est plutôt conventionnelle ; du fait que les indemnités journalières et surtout les dépenses de recherche et formation varient considérablement dans le temps et dans l'espace, les comparaisons d'une année à l'autre ou d'une zone à l'autre s'en retrouvent biaisées. Dans les grandes zones urbaines, les indemnités journalières des agents du secteur hospitalier privé peuvent avoisiner, voire dépasser les salaires des agents de l'Etat.

Au niveau du DSS, ces dépenses restent assez modestes (10% de DCS) ; toute fois, par soucis de respect du principe d'établissement de cet agrégat, ces charges en sont déduites.

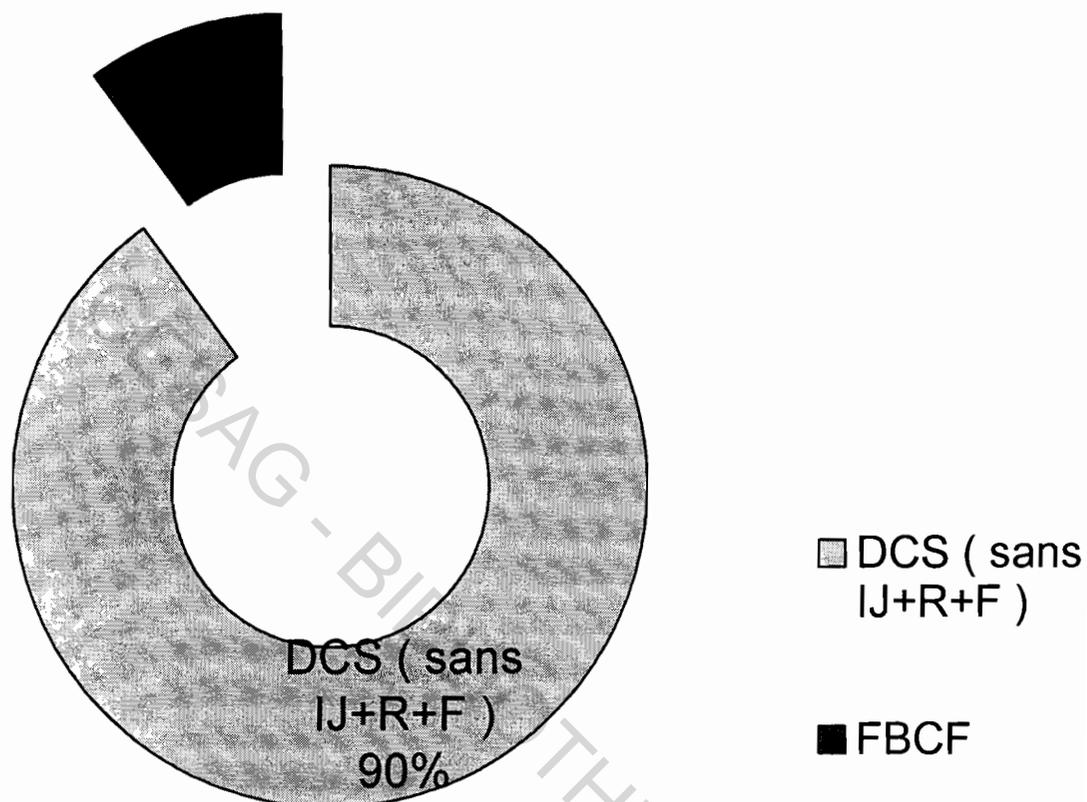
Toujours dans la même veine, seule est prise en compte dans la détermination de cet agrégat, la FBCF du secteur public. Rappelons que par secteur public, on n'entend pas exclusivement les dépenses financées par l'Etat, mais aussi celles financées par les partenaires au profit du secteur public sanitaire. La FBCF du DSS est constituée à près de 96% de ces dépenses (construction & réhabilitation y compris les équipements) réalisées par les partenaires au profit du secteur public.

L'exclusion de la FBCF du secteur privé s'explique par les mêmes raisons précédentes en ce sens que , les investissements du secteur privé (souvent à la pointe de la technologie) sont souvent très élevés et donc influencent fortement les comparaisons entre pays.

Pour le DSS, ces investissements privés s'élèvent à seulement 1 880 097 F CFA (mais ne sont pris en compte).

(Voir le Graphique 7 et le Tableau 42 pour les détails)

Graphique 7 : Dépense Préfectorale de Santé (DPS) du DSS-2002



Source . Enquêtes sur les Dépenses de santé du DSS (Nov. 2003) D. Bakusa (TOGO)

La DPS est utilisée pour les comparaisons entre pays. Notamment, une classification est faite en fonction de la part de la DPS dans le PIB. Etant donné que nous sommes à l'échelle d'un DS, ne connaissant pas le PIB du district, nous avons jugé non pertinent de rapporter la DPS du DSS au PIB national.

Nous nous contentons de déterminer la **DPS per capita** qui s'élève en 2002 à **3 067 F CFA**.

Tableau 42: DÉPENSE NATIONALE DE SANTÉ (DPS) DU DSS en 2002

RUBRIQUES	MONTANT EN F CFA
Dépense Courante de Santé (DCS)	459 316 573
Indemnités journalières (aides directes)	0
Dépenses de Recherche et de formation	21 897 966
Formation Brute de Capital Fixe (FBCF)*	48 101 921
DÉPENSE PRÉFECTORALE DE SANTÉ (DPS)	485 520 528

Source: Enquêtes sur les dépenses de santé du DSS (nov. 2003) - D. Bakusa (TOGO)

* FBCF = Investissements (seule est prise en compte la FBCF du secteur public)

7.8- Synthèse de l'analyse des agrégats

Cette synthèse s'effectuera d'abord par le rappel au tableau 43 des agrégats et autres constantes caractéristiques de la gestion financière et des dépenses effectuées dans le DSS au cours de l'année 2002 ; suivra l'analyse de l'ensemble des dépenses par niveau de soins et enfin l'analyse des choix des opérateurs de financement ; avec quelques données sur l'efficacité et l'équité.

TABLEAU 43 : Récapitulatif des agrégats et autres ratios caractéristiques des dépenses du DSS-2002

RUBRIQUES	GRANDEURS
CSBM	302 700 339 F CFA
CSMP	70 348 055 F CFA
CMT	373 048 394 F CFA
MSPCG	22 872 637 F CFA
DCS	459 316 573 F CFA
DPS	485 520 528 F CFA
Coût Moyen d'une hospitalisation (séjour)	19 126 F CFA
Coût Moyen d'une journée d'hospitalisation	3 632 F CFA
Durée moyenne d'une hospitalisation	6 JOURS
Nbre de patients reçus en Soins Externes	44 071
Coût Moyen d'une consultation en Soins Externes	1 070 F CFA
Coût Moyen d'une analyse au laboratoire	504 F CFA
Coût Moyen d'une imagerie à la radiologie	9 810 F CFA
Nbre de patients reçus en Soins Internes et Externes	45 726
Coût Moyen d'une Ordonnance médicale (hors MVL)	4 040 F CFA
Coût Moyen d'un Soin et Bien Médical	6 620 F CFA
Nbre Patients reçus en PF+CPN+CPC	10 473
Coût Moyen d'une consultation en PMI/PF	1 128 F CFA
CSMP per capita	444 F CFA
CMT per capita	2 356 F CFA
Dépense Moyenne pour un malade	6 620 F CFA
DCS publique par bénéficiaire de soins	7 688 F CFA
DCS per capita	2 901 F CFA
DPS per capita	3 067 F CFA
Autres constantes (déterminées à partir de ce sous titre 7.8)	
Dépenses en Soins Primaires (niveau USP)	274 698 529 F CFA
Soins Primaires per capita	1 735 F CFA
Dépenses en Soins de niveau Moyen (niveau HD)	232 719 965 F CFA
Soins Moyens per capita	1 470 F CFA
Coût moyen des soins par formations sanitaires publiques	Voir Tableau 44

Source . Enquêtes sur les Dépenses de santé du DSS (Nov. 2003) D. Bakusa (TOGO)

Sur l'ensemble des dépenses effectuées dans le DSS en 2002, les dépenses au profit des **Soins primaires** s'élèvent à **274 698 529 F CFA** soit **54%** des dépenses totales, 53% de la Dépense Préfectorale de Santé et **1 735 F CFA per capita**. Ces soins relèvent essentiellement des USP et dans une moindre mesure de l'HD.

Par contre les **soins de niveau moyen** relèvent exclusivement de l'HD et représente **46%** des dépenses totales, soit **1 470 F CFA per capita**.

En observant le tableau de financement de la DCS (Tableau 24), on remarque la tendance de l'Etat et des Ménages à financer beaucoup plus les soins secondaires (nous l'avions mentionné plus haut). A l'opposé, pour l'ensemble des partenaires, 96% de leur financement sont destinés aux soins primaires.

A première vue, on penserait en un partage de rôle entre l'Etat et les partenaires ; mais en fait la destination du financement de l'Etat est toujours la même d'un district à l'autre (Salaire, Eau, Electricité, Téléphone dont les consommations sont plus concentrées au niveau de l'HD) qu'existent ou non des partenaires intervenant au niveau primaire. Ceci rentre en contradiction avec les objectifs nationaux en matière de santé qui désirent mettre l'accent sur les soins préventifs. Même si les taux 54% pour le primaire et 46% pour le secondaire restent acceptables, des efforts restent à faire.

D'autre part, par rapport à **l'équité d'allocation des ressources**, bien que les crédits alloués par l'Etat ne sont que partiellement consommés, certaines USP n'en ont pas bénéficié. En effet, en dehors des salaires dont profitent toutes les formations sanitaires (inégalement répartis à cause du déploiement inéquitable du personnel), seules deux USP sur les dix-sept bénéficient des dépenses en Eau et Electricité ; le reste du crédit consommé, en plus des dépenses de Téléphone sont concentrées au niveau de l'HD.

S'agissant des partenaires, ils ont tendance à octroyer les ressources soit en fonction du nombre de cas attendus, soit en fonction de la population cible, et donc des critères assez équitables.

Pour revenir au personnel, dans un contexte national d'insuffisance en quantité et qualité de RH dont la plupart sont concentrées dans les grandes zones urbaines, cette inégalité s'accroît au niveau district où près de 41% des RH sont employées au niveau de l'HD et consomment près de 70% des dépenses salariales d'où l'inéquité dans l'allocation des ressources de l'Etat aux formations sanitaires publiques.

Par ailleurs, en tenant exclusivement compte des **dépenses directement effectuées par les formations sanitaires publiques** d'une part, et du nombre total de soins et actes (curatifs et préventifs) dispensés par elles d'autre part, le tableau 44 ci-après nous donne une idée du coût moyen d'un « soin et acte » par formation sanitaire publique.

Tableau 44 : Coût moyen d'un « soin et acte » par formation sanitaire publique

FORMATION SANITAIRE	COUT MOYEN D'UN « SOIN ET ACTE »	TYPE DE ZONE
USP Adjengré	8 498 F CFA	Semi-urbaine
USP Aouda	2 202 F CFA	Rurale
USP Boulohou	1 922 F CFA	Rurale
USP Djarkpanga	1 512 F CFA	Rurale
USP Fazao	1 517 F CFA	Rurale
USP Hezoudè	2 982 F CFA	Rurale
USP Kaniamboua	8 484 F CFA	Semi-urbaine
USP Kaza	3 945 F CFA	Rurale
USP Kazaboua	4 301 F CFA	Rurale
USP Mèlamboua	2 274 F CFA	Rurale
USP Séssaro	5 300 F CFA	Rurale
USP Tembïo	2 613 F CFA	Rurale
USP Tchébèbé	8 389 F CFA	Semi-urbaine
USP Tchoïdè	3 540 F CFA	Rurale
USP Tindjassi	2 040 F CFA	Rurale
USP Titigbé	6 018 F CFA	Rurale
USP- Centrale	13 851 F CFA	Urbaine
HD	43 844 F CFA	Urbaine

Source . Enquêtes sur les Dépenses de santé du DSS (Nov. 2003) D. Bakusa (TOGO)

Au regard de ce tableau on note que le coût moyen d'un soin pour les formations sanitaires publiques varie entre

1 512 F CFA (USP Djarkpanga) et 13 851 F CFA (USP-centrale) ; celui de l'HD étant de 43 844 F CFA.

Rappelons qu'à l'exception d'une part de l'USP centrale sise dans le même bâtiment que l'HD et les USP des zones semi-urbaines (Tchébébé, Kaniamboua et Adjengré) d'autre part, toutes les USP fournissent les mêmes prestations que requiert leur niveau (notamment les SSP). Les facteurs qui font objectivement varier les charges entre elles sont entre autres la taille de leur population cible , leur situation géographique (les besoins et exigences des clients urbains étant plus élevés) et l'existence ou non dans leur aire sanitaire de certaines pathologies ou affections.

A la première remarque, les formations sanitaires situées à l'Ouest du district (Djarkpanga, Fazao, Boulohou et Tindjassi) sont les plus efficaces. Les trois formations sanitaires des zones semi-urbaines (Tchébébé, Adjengré, Kaniamboua), ont toutes des coûts proche de 8 500 F CFA. Les coûts moyens des USP voisines de Titigbé (6 018 F CFA) et Sésaro (5 300 F CFA) sont élevés et sont avec l'USP centrale et l'HD, les formations sanitaires qui dépendent plus pour produire un soin.

Pour les USP concernées, une bonne partie de leurs dépenses étant fixe, c'est la faiblesse du nombre de soins et actes dispensés au cours de l'année qui a fait augmenter leur coût moyen de soin/acte par rapport aux USP voisines. Par contre, pour l'HD, sa situation s'explique par le fait que certaines dépenses qui incombent au district et qui donc devraient être supportées par l'ensemble des formations sanitaires sont exclusivement prises en charge par l'HD.

CONCLUSION

ET

RECOMMANDATIONS

CONCLUSION

La présente étude sur les comptes de la santé du DSS-année 2002 avait pour objectif de contribuer à faire de l'élaboration des comptes de la santé une activité périodique ; ceci, d'une part, en déterminant et analysant les agrégats des comptes de la santé du DSS, et, d'autre part, en suggérant une méthodologie adéquate pour faire de l'élaboration des comptes de la santé une activité de routine.

A cet effet, des enquêtes ont été effectuées auprès des thérapeutes traditionnels, auprès des dépôts de pharmacie privés et sur la vente libre de médicaments.

Rappelons que pour les formations sanitaires publiques, les données ont été essentiellement collectées à partir de leur rapport d'activités de l'année 2002 (après vérification de la cohérence interne des données).

L'étude a révélé entre autres que :

* les ménages sont les principaux financeurs des dépenses de santé du DSS en 2002 ; et que ces ménages demandent beaucoup plus les soins curatifs auxquels ils consacrent 98% de leurs dépenses ;

* Les dépenses en médicaments financées à 96% par les ménages constituent la principale composante des dépenses en Soins et Biens Médicaux ;

* La médecine du travail et la médecine scolaire sont quasi inexistantes dans le DSS et n'ont donc pas influencé les agrégats déterminés ;

*Le fonctionnement des formations sanitaires publiques repose essentiellement sur leurs budgets de recouvrement des coûts.

* L'allocation des ressources par les OI et OG partenaires au développement sanitaire semble être équitable d'une part, d'autre part 96% des dépenses de ces partenaires ont servi à financer les soins de santé primaires .

Pour terminer, disons que notre étude a essayé d'intégrer toutes les charges de tous les intervenants ayant effectué une dépense de santé au cours de l'année 2002 dans le DSS ; et, elle est la première à avoir évalué les dépenses de santé des thérapeutes traditionnels dans ce district sanitaire.

Par contre, nous n'avons pas pu obtenir (ou pu éclater) certaines données nationales à l'échelle du DSS. Ceci, associé à une bibliographie assez modeste sur les comptes nationaux de la santé en général et sur les comptes d'un district sanitaire en particulier, nous n'avons pas pu pousser plus loin certaines analyses ou trouver des éléments pertinents de comparaison des agrégats de comptes de santé avec d'autres districts ou entités géographiques.

Toutefois, les résultats de cette étude sont édifiants et donnent une idée précise sur la structure des dépenses de santé, les principales sources de financement et les principales fonctions auxquelles ces financements servent en général, à savoir les soins de santé primaires, les soins curatifs, les soins préventifs, l'achat des médicaments, etc.

La situation pourrait bien être similaire dans d'autres districts voire à l'échelle nationale.

RECOMMANDATIONS

Pour terminer nous formulons les suggestions et recommandations suivantes :
à l'endroit du **Ministère de la Santé (MS)** :

1- Le MS devra redéfinir les cartes sanitaires des districts en vue de réduire les importations et exportations des patients entre districts. En effet, la stabilité de la population a des avantages par rapport à la gestion des activités sanitaires du district et surtout permet d'éviter des gaspillages de ressources déjà assez limitées.

Notons que, à défaut d'une voie de désenclavement sur le centre-ville de Sotouboua, les localités de BOULOHOUE, TINDJASSI et DJARKPANGA qui regroupent 24% de la population du DSS, restent plus proches du district sanitaire de Bassar où ils se font soigner en cas de référence des USP.

L'élaboration d'une nouvelle carte sanitaire nationale pourrait bien permettre de résoudre ce problème.

2- Il est indispensable de faire harmoniser les chiffres des populations de responsabilité des districts et donner des directives pour amener tous les intervenants y compris les différents programmes de santé à les utiliser. Ceci facilitera la comparaison des indicateurs car sans cela, comparer des indicateurs déterminés par des programmes différents, nécessite d'abord qu'on corrige ces indicateurs.

Les services démographiques pourront aider à cette harmonisation en donnant les populations par aires sanitaires et leur actualisation chaque année.

L'idéal serait de mener une nouvelle enquête démographique et de santé (EDS) pour mettre à jour toutes les données sur la population togolaise.

3- Le MS devra faire un plaidoyer auprès du Ministère des finances pour qu'un minimum au moins des crédits de fonctionnement alloués au ministère de la santé et à tous ses services soient réellement débloqués.

4- Dans le cadre du renforcement de la décentralisation, le ministère de la santé devra entreprendre des actions de sensibilisation pour amener les collectivités locales à participer financièrement aux activités des formations sanitaires de leur localité.

5- En ce qui concerne la proposition d'une méthodologie pour faire de l'élaboration des comptes de la santé une activité de routine, nous suggérons ce qui suit :

*Harmoniser les outils de collecte et de restitution des données (rapports d'activités et de gestion) de toutes les formations sanitaires de tous les districts sanitaires

*Elaborer à l'intention des prestataires privés, des canevas de collecte périodique de données ;

*Pour les thérapeutes traditionnels, s'appuyer sur leurs associations par villages pour recueillir périodiquement à l'aide d'un canevas simple les résultats de leurs activités ;

*Former les membres de l'ECD sur les comptes de la santé notamment le passage des données brutes aux agrégats et leurs analyses ;

*Pour la vente libre des médicaments, une enquête demeure indispensable ;

*Les différentes enquêtes auprès des thérapeutes traditionnels, ou sur la vente libre des médicaments, même si elles fournissent des données appréciables, elles restent limitées ; une enquête-ménages reste indispensable.

A l'endroit des Dépôts privés de pharmacie :

En vue d'un meilleur suivi-évaluation des flux financiers, il est nécessaire que les gérants des dépôts de pharmacies tiennent une simple comptabilité régulière en entrées et sorties. En fait la tenue d'une comptabilité en entrées et sorties fait partie des obligations des dépôts privés de pharmacie.

A l'endroit du District Sanitaire de Sotouboua (DSS) :

1- Le DSS devrait renforcer le monitoring sur les données en provenance des USP en vue d'améliorer la crédibilité et la qualité des rapports. Pour cela, les rapports mensuels des USP doivent être bien vérifiés avant d'être acceptés et agrégés dans les données du district.

2- Les responsables du DS et de l'USP centrale devront permettre à l'USP-Centrale de jouer son rôle de premier contact sans s'y être concurrencée par l'HD. En effet, l'initiative for louable de créer une USP à l'entrée de l'HD avait pour objectif d'amener l'HD à jouer pleinement (et uniquement) son rôle de centre de référence des USP, donc de deuxième contact. Pour cela, l'organisation fonctionnelle de ces deux unités devrait être revue pour que chacune joue uniquement son rôle.

Cette tâche incombe beaucoup plus au directeur du DS (DPS) qui doit permettre à chaque formation sanitaire de son aire sanitaire de jouer son rôle.

A l'endroit des Partenaires au développement sanitaire :

1 Il est nécessaire et utile que les partenaires transmettent aux districts, des copies précisant les dépenses effectuées en leur bénéfice ainsi que les sources de financement. Ceci leur permettra d'avoir des données fiables pour élaborer leurs rapports et documents comptables.

2- Ils devront associer/informer les responsables du district aux diverses activités devant se dérouler dans leur aire sanitaire, de préférence depuis leur planification jusqu'à leur exécution finale.

3- De même, ils devront tenir les acteurs du district informés des résultats des activités y compris les rapports d'enquêtes aussi bien pour les activités ordinaires que celles relatives aux recherches.

LES

ANNEXES

GUIDE D'ENTRETIEN « DEPÔTS DE PHARMACIE PRIVES »

Rappel de l'objet de l'enquête, de l'année concernée et de l'usage qui sera fait des informations recueillies.

Nom enquêteur :

Date :

1- Ville/ Canton :

2-Quartier /Village :

3-Raison Sociale :

4-Type de PHIE : 4.1-Privé BL 4.2- Privé SBL 4.3- Confessionnel

5- Nom de la personne enquêtée : 6- Sa Qualité :

-Quel est le capital de départ investi dans votre pharmacie ?

- Depuis quelle date ou depuis combien d'années exercez-vous ?

6-Tenez-vous une comptabilité régulière de vos activités (achats, ventes et autres frais) ?

Si oui, remplir le tableau à partir des documents comptables.

Si non, remplir le tableau au fur et à mesure des réponses aux questions suivantes.

7- Informations sur vos approvisionnements et renouvellement de stocks en 2002?

- Rythme : -Mensuel -Trimestriel -En fonction des ventes -Autre (Préciser)

- Montant (en fonction du rythme) : Moyen Minimum Maximum

- Transport (Colis + acheteur et sa collation) : Moyen Minimum Maximum

- Achats d'emballages : Rythme Montant Transport

8-Autres dépenses effectuées en 2002

- Personnel : -Salaire mensuel -Primes et Indemnités mensuelles

- Loyer mensuel (Si propriétaire, l'estimer en fonction de la surface et de la zone)

- Electricité (Facture ou MMM) ou Pétrole pour Lampe

- Eau (Facture ou MMM)

- Téléphone / Fax (Facture ou MMM)

- Publicités (MMM)

- Impôts et Taxes

- Abonnements (Boîte Postale.....)

- Autres dépenses de fonctionnement

- Les dépenses d'Investissement

Achats médicam et emballag	Trans port	Salair e	Loyer	Electric ité Pétrole	Téléph Fax	Impôts Taxes	Abon neme nt	Autres	Investiss ement	Total 2002

-Calculer le total de ces dépenses 2002

-Ce montant reflète t-il vos dépenses totales engagées en 2002 ?

Si oui , le remercier en guise de fin à l'entretien.

Si non, à combien environ estimez-vous vos dépenses de 2002 (et quelles sont vos raisons)

NB : MMM (Moyen Minimum Maximum) ne sont notés que lorsque le montant exact n'est pas connu.

GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LES TRADITHERAPEUTES

Rappel de l'objet de l'enquête, de l'année concernée et de l'usage qui sera fait des informations recueillies.

Nom enquêteur :

Date :

1- Ville/ Canton :

2- Quartier /Village :

3- Nom de la personne enquêtée :

4- Ses Spécialités (3):

- Quel est le capital de départ investi dans votre activité ?

Depuis quelle date ou depuis combien d'années exercez-vous ?

5- Combien de patients recevez-vous en moyenne par jour/semaine/mois ? (à regrouper par pathologie)

6- Où vous procurez-vous les médicaments ? :

- Achat.....produits finis (coût d'achat)

.....produits semi-finis (coût d'achat + coût de la transformation)

- Cueillette (coût incluant le transport, les sacrifices et les transformations)

Pour l'achat ou la cueillette des médicaments en gros, dites combien de patients pourront être traités avec ainsi que la durée d'utilisation.

7- Combien coûtent en moyenne par jour/semaine/mois les emballages (plastiques, bouteilles, sachets ...) que vous utilisez ?

8- Évaluez le coût de tous les autres intrants (y compris les sacrifices d'animaux) par jour / semaine/mois.

9- Engagez-vous d'autres dépenses (eau, électricité, téléphone, pétrole.....) ?

Si OUI leur coût par jour/semaine/mois

10- Que vous coûte l'hospitalisation de vos patients.

11- Effectuez vous de la recherche en pharmacopée ?

12- Par rapport à vos 3 spécialités, comment évolue le nombre de clients au cours de l'année ?

13- Quelles sont selon vous les raisons qui expliquent la variation du nombre de clients dans le temps ?

14- Recevez-vous des patients hors zone c'est à dire venant d'autres préfectures, régions, ou pays ?

Si Oui, donnez leur effectif, leur fréquence, et les pathologies pour lesquelles ils viennent se faire consulter et/ou traiter.

15- Vos activités (en volume et en valeur) de cette année par rapport à celle de l'année 2002 ont-elles ;

a- diminué

b- restées inchangées

c- augmenté

Si a ou c donnez les proportions de variation par pathologie.

16- Certains de vos collègues ayant exercé l'année 2002 ont ils quitté la préfecture ou cessé de s'exercer ?

Si OUI, donnez leur nombre et leurs spécialités.

17- Il y a t-il de nouveaux venus dans la profession ?

Si OUI, leurs Noms et prénoms, Quartier, Spécialités

18- Il y a t-il dans ton quartier/village des collègues non-membres de l'association des thérapeutes traditionnels ?

Si OUI, leurs Noms et prénoms, Quartier, Spécialités

19- (Pour les non-membres) Quels sont les raisons de la non-adhésion ?

20- En général, vos clients sont de quelles tranches d'âge et catégories socioprofessionnelles.

GUIDE D'ENTRETIEN RELATIF A LA VENTE LIBRE DE MEDICAMENTS

Rappel de l'objet de l'enquête, de l'année concernée et de l'usage qui sera fait des informations recueillies.

Nom enquêteur :

Date :

1-Ville/ Canton :

2-Quartier /Village (marché de):

3- Nom de la personne enquêtée : 4- Sa Qualité:

- Quel est le capital de départ investi dans votre activité ?

Depuis quelle date ou depuis combien d'année exercez-vous ?

5- Pour combien de médicaments achetez-vous en moyenne par jour/semaine/mois ?

6- Où vous procurez-vous les médicaments ?

(Si hors du marché, notez le coût du transport y compris des colis)

7- Combien coûtent en moyenne par jour/semaine/mois les emballages (plastiques, bouteilles, sachets,....) que vous utilisez ?

8- Engagez vous d'autres dépenses (eau, électricité, téléphone, pétrole.....) ?

Si OUI leur coût par jour/semaine/mois

9- En général, vos clients sont de quelles tranches d'âge et catégories socioprofessionnelles.

10- Vos activités (en volume et en valeur) de cette année par rapport à celle de l'année 2002 ont elles ;

d- diminué

e- restées inchangées

f- augmenté

Si a ou c donnez les proportions de variation.

11- Certains de vos collègues ayant vendu des médicaments l'année 2002 ont ils quitté la préfecture ou cessé d'en vendre ?

Si OUI, donnez leur nombre et estimez leur étalage par rapport au votre.

12-Certains sont ils encore présents sur ce marché en ce moment ?

Si OUI donnez leur noms et leur emplacement dans le marché.

13- Il y a t-il de nouveaux venus dans la profession ?

Si OUI donnez leur noms et leur emplacement dans le marché.

14- Il y a t-il des vendeurs qui ne sont pas venus aujourd'hui ?

Si OUI, donnez leur nombre et estimez leur étalage par rapport au votre.

15- (Pour les non-membres) Quels sont les raisons de la non-adhésion ?

LA

BIBLIOGRAPHIE

allAfrica.com , élaboration des CNS : les décideurs interpellés, 2003

Annie FEMINA. Comptes nationaux de la santé 2001- France,2001

Archambault Edith, Comptabilité nationale, Economica, Paris, 1998.

Banque Mondiale , Rapport annuel , 1993

CREDES Fiches 03 Progrecherche 2003 www.credes.org, 2003

CREDES Système des comptes de la santé de l'UE, programme de recherche 2003

District Sanitaire de Sotouboua, Plan de Développement Sanitaire 2002-2006, 2002

District Sanitaire de Sotouboua. Rapport annuel 2002 du DSS, 2003

Exposé Dr Dick Jonsson, Economiste de la santé OMS/AFRO, Réunion sur les CNS, Dakar 2003

INSEE. Les Comptes satellites, document de travail n° D 9304, , 2002

J. Bremond et A .Gélédan ; Politiques alternatives de santé, Hâtier,1996

J. PERROT, G. CARRIN, SERGENT L'approche contractuelle : de nouveaux partenaires pour la santé dans les pays en développement, 2002

Ministère de l'Education Nationale, METFPA Politique nationale du secteur de l'éducation et de la formation, Décembre 1998

Ministère de la Planification et du Développement Politique nationale de population, Octobre 1998

Ministère de la santé du Maroc Les Comptes Nationaux de la Santé du Maroc 1997/1998, 1998

Ministère de la Santé du TOGO Politique Nationale de Santé 2002-2006, 2002

Ministère de la Santé du TOGO Politique nationale de lutte contre le paludisme, Juillet1998

Ministère de la santé publique et de l'assurance maladie. Comptes de la santé 1996,1996.

OMS, Financement de la santé, 2000

Réseau des CNS, Rapport de la réunion de sensibilisation sur les CNS des décideurs politiques dans les pays de l'Afrique centrale et de l'Ouest, Dakar 28-29 Janvier 2003

Statistiques Canada. Les périodiques analytiques de Statistique Canada Rapports sur la santé Vol. 12, n°1, 2002

WHO, Methodology NHA 2nd round,2001

WHO, NHA tools,2001